ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

# គោលការណ៍ណែនាំជាតិ

# ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

# លើមនុស្សពេញវ័យ

ពិនិត្យឡើងវិញលើកទី២

នៅខែ មករា ឆ្នាំ ២០១២

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ

**មាតិកា** **ទំព័រ**


**អារម្ភកថា** ...... ៦

**សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ** ...... ៧

**ពាក្យបំព្រួញ** ...... ៨

**១ សេចក្តីសង្ខេប** ...... ១១

**២ តើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជាអ្វី?** ...... ១៤

**៣ គោលការណ៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍** ...... ១៦

**៤ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍** ...... ១៨

៤-១ ការបញ្ជាក់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ...... ១៨

៤-២ ការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង (ថ្ងៃដែលបង្ហាញខ្លួន) ...... ១៩

៤-៣ ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី២ (មុនមួយសប្តាហ៍) ...... ២៣

៤-៤ ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី៣ (មុន ២សប្តាហ៍) ...... ២៦

៤-៥ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើអ្នកជំងឺដែលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម ...... ២៧

**៥ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើរូបមន្ត ជួរទី១ ជាអ្វី?** ...... ៣០

៥-១ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ...... ៣០

៥-២ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង ...... ៣៤

៥-៣ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រួមគ្នា ...... ៣៦

៥-៤ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ...... ៣៩

**៦ បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍** ...... ៤១

៦-១ ការគាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ អោយលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (ARV adherence) ...... ៤១

៦-២ គាំទ្រការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត និងការបើកចំហអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ...... ៤៣

៦-៣ តាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ..... ៤៤
៦-៤ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម ..... ៤៦
៦-៥ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ៤៦
៦.៦ ផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់:៤៨
៦.៧ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមួយចំនួនដែលកើតក្រោយពីកើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (IRIS) ..... ៥១
**៧ បន្ថយជាអតិបរិមានូវការកើនឡើងនៃភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ ទៅនឹងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍:** ..... ៥៣
**៨ តើត្រូវធ្វើការកំណត់បរាជ័យនៃការព្យាបាលយ៉ាងដូចម្តេច**? ..... ៥៤
៨-១ បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក (Clinical Failure) ..... ៥៦
៨-២ បរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ..... ៥៩
៨-៣ បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ (Virological Failure) ..... ៦២
៨-៤ តើត្រូវប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នៅពេលណា? ..... ៦៣
**៩ តើត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ណាមួយ**? ..... ៦៦
**១០ តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលមានការព្យាបាលបរាជ័យដោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២**? ..... ៦៧
**១១ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងស្ថានភាពពិសេស** ..... ៦៨
១១-១ អ្នកជំងឺអេដស៍ពេញវ័យ ដែលធ្លាប់ប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ពីមុនមក ..... ៦៨
១១-២ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលស្ថិតក្នុងវ័យដែលអាចមានគភ៌ ..... ៦៨
១១-៣ ក្មេងជំទង់ (Adolescents) ..... ៧០
១១-៤ ការបង្ការការចំលងក្រោយពីមានការប៉ះពាល់នឹងមេរោគអេដស៍ (Post-exposure Prophylaxis) ..... ៧២
**ឧបសម្ព័ន្ធ** ..... ៧៥
**ឯកសារយោង** ..... ១២៦

## តារាង


តារាងទី១: តើមេរោគអេដស៍ឆ្លងដោយរបៀបណា? ........ ១៨

តារាងទី២: ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is ........ ២០

តារាងទី៣: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍* ........ ២៤

តារាងទី៤: អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រតាមដាន មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ........ ២៤

តារាងទី៥: សង្ខេបអំពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ........ ២៥

តារាងទី៦: ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយម ........ ២៨

តារាងទី៧: ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដា ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ........ ៣១

តារាងទី៨: កំរិតដូសនាំមុខនៃឱសថ NVP នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង* ........ ៣៣

តារាងទី៩: អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ជាប្រចាំដើម្បីតាមដានក្នុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ........ ៤៥

តារាងទី១០: ផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់ ........ ៤៦

តារាងទី១១: ការផ្លាស់ប្តូរឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់ (ARV side effect) ........ ៤៨

តារាងទី១២: ការកំណត់រក និងវិធានការណ៍ដោះស្រាយមូលហេតុនៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល ........ ៥៥

តារាងទី១៣ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពបរាជ័យបែបគ្លីនិក ក្រោយពីមានព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកក្នុងដំណាក់កាលទី៣ និងទី៤ ចំពោះអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ........ ៥៨

តារាងទី១៤: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែលកើតឡើងតែឯកឯង ........ ៦០

តារាងទី១៥: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសំរាប់កំណត់ល័ក្ខខ័ណ្ឌដែលតំរូវអោយធ្វើតេស្ត Viral load (Viral load testing eligibility criteria) ........................................................ ៦៣
តារាងទី១៦: ការវាយតំលៃភាពបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ដោយពឹងផ្អែកលើការតាមដាន ជាប្រចាំលើអ្នកជំងឺដែលពុំមានរោគសញ្ញា ................................................ ៦៥
តារាងទី១៧: រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដាដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជួរទី២* .........៦៧
តារាងទី១៨: កំរិតដូសនៃឱសថ ARV, រូបមន្តផ្សំ, តំរូវការ និងការប្រើចំពោះក្រុមពិសេស .. ៩០
តារាងទី១៩: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍....... ៩៧
តារាងទី២០: ទំរង់ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនៃសារជាតិឡាក់តាតក្នុងឈាម ............... ១០៣
តារាងទី ២១: អន្តរកម្មសំខាន់ៗរបស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ NVP, EFV, និង LPV/r.................................................................................................. ១១៧
តារាងទី ២២: ការផ្លាស់ប្តូរពី Viral copies/មល ទៅ log..................................................១១៩
តារាងទី ២៣: Karnofsky Performance Scale ............................................................ ១២១
តារាងទី២៤: រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងកូនរបស់គាត់........................................................................ ១២២
តារាងទី២៥: ការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់ស្ត្រីដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានមេរោគអេដស៍នៅពេលកំពុងសំរាល ឬ ក្រោយពេលសំរាលភ្លាមៗ ..................................................................... ១២៤

**រូបភាព**

រូបភាពទី១: ទំនាក់ទំនងរវាង ddI និង ការរលាកលំពែង ...........................................១០៨
រូបភាពទី២: ការរថយចុះគ្រាប់ឈាមក្រហមដោយ AZT............................................ ១០៩
រូបភាពទី៣: ការពុលថ្លើមដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (ART-associated liver toxicity) ......................................................... ១១០
រូបភាពទី៤: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីការពុលឱសថ ក្រុម NRTIs ...........................................................................................១១៣
រូបភាពទី៥: គំនូសបំព្រួញអំពីរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទកណ្តាលបណ្តាលមកពីការពុលឱសថ EFV ............................................................................................. ១១៤
រូបភាពទី៦: ការធ្វើតេស្ត Viral Load ជាប្រចាំ ......................................................... ១២០

## ឧបសម្ព័ន្ធ


ឧបសម្ព័ន្ធទី១: ចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍ ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ........ ៧៥

ឧបសម្ព័ន្ធទី២: ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងផលប៉ះពាល់ របស់ឱសថ ........ ៨៩

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: អន្តរកម្មសំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (Important ARV drug interactions)........ ១១៧

ឧបសម្ព័ន្ធទី៤: យុទ្ធសាស្ត្រនៃការធ្វើតេស្ត Viral Load (Viral Load Testing Strategy). ១១៨

ឧបសម្ព័ន្ធទី៥: ការដាក់ពិន្ទុទៅតាមកំរិតកាណូហ្វស្គី (Karnofsky Performance Scale) ........ ១២១

ឧបសម្ព័ន្ធទី៦: ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ........ ១២២

# អារម្ភកថា

គោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺជាផ្នែកមួយដ៏សំខាន់របស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍សើស្បែកនិងកាមរោគ ដើម្បីបង្កើនគុណភាពថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់នៅប្រទេសកម្ពុជា។ ផែនការយុទ្ធសាស្ត្ររបស់មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ដើម្បីបង្ការ ថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងជំងឺកាមរោគបានកំណត់ច្បាស់ គឺបន្តអភិវឌ្ឍន៍និងកែសំរួលគោលនយោបាយនិងគោលការណ៍ណែនាំដែលជាយុទ្ធសាស្ត្រគន្លឹះដើម្បីសំរេចនូវគោលដៅ "ធ្វើអោយប្រសើរឡើង និងធានាគុណភាព ព្រមទាំងភាពទទួលបានសេវាថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍" តាមរយៈការបញ្ជ្រាបសេវា នេះក្នុងសេវាថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺនៅទូទាំងប្រទេស។

ឯកសារនេះ គឺជាគោលការណ៍ណែនាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដើម្បីបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ចំពោះក្មេងជំទង់អាយុលើសពី១៨ឆ្នាំដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងមនុស្សពេញវ័យផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ បានរៀបចំចងក្រងឡើង ដោយមានការចូលរួមចំណែកដ៏ធំធេងរបស់អ្នកជំនាញជាតិនិងអន្តរជាតិ ដែលបានបញ្ចូលអនុសាសន៍ជាក់ស្តែងផ្អែកលើសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទៅតាមកំរិតសេវាសុខាភិបាលនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

ក្រសួងសុខាភិបាល បានពិនិត្យ និងឯកភាពអោយប្រើប្រាស់ជាផ្លូវការនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះនៅសេវាសុខាភិបាលពាក់ព័ន្ធ ហើយសង្ឃឹមថា មន្ត្រីសុខាភិបាលដែលជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់នឹងប្រើប្រាស់ឯកសារនេះដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពជំនាញព្យាបាលប្រកបដោយគុណភាពនិងប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២៧ ខែ ០១ ឆ្នាំ ២០១២

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

ម៉ម_ប៊ុនហេង

# សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សូមថ្លែងនូវការកោតសរសើដល់អនុគណៈកម្មាការសំរបសំរួលការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដែលបានខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងសកម្ម ក្នុងការចូលរួមផ្តល់អនុសាសន៍ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់ក្នុងការរៀបចំចងក្រងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមក្នុងចំណោមមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍លើកទី១នេះ។

ការចងក្រងបញ្ចប់គោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះគឺជាសមិទ្ធិផលមួយដ៏ធំធេងដោយបានដាក់បញ្ចូលនូវការវិវត្តន៍ថ្មីៗនៃការថែទាំនិងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ លើមនុស្សពេញវ័យ ដោយផ្តោតលើស្ថានភាពជាក់ស្តែងនៅប្រទេសកម្ពុជាយើង។

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ សូមថ្លែងអំណរគុណ ជូនឯកឧត្តម លោក-លោកស្រីទាំងអស់ដែលបានរួមចំណែករៀបចំចងក្រងបង្កើតគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះ រួមមានៈមន្ត្រីផ្នែកថែទាំជំងឺអេដស៍នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ចំពោះការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់ពួកគេ, អង្គការសុខភាពពិភពលោក រួមទាំងលោកវេជ្ជ. Suresh Rangarajan ដែលជាអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាបច្ចេកទេសក្នុងការរៀបចំគោលការណ៍ណែនាំនេះ, លោកស្រីវេជ្ជ.Lut Lynen មកពីវិទ្យាស្ថានតំបន់ត្រូពិកនៅក្រុង Antwerp ប្រទេសបែលហ្សិក, គ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលបានចូលរួមក្នុងសិក្ខាសាលាផ្តល់ការឯកភាពគ្នាអំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងដើម្បីបង្ការនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមនៅប្រទេសកម្ពុជា។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី២៦ ខែ ០១ឆ្នាំ ២០១២

**ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹង**
**ជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ**

**វេជ្ជ ម៉ាន-ឈីវុន**

# បញ្ជីរាយនាមសមាជិក

# អនុគណៈកម្មការបច្ចេកទេស ស្តីពីការថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម

# និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ នៅកម្ពុជា

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ១ | ឯកឧត្តមវេជ្ជ | មាន ឈី វុន | ប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS) | ប្រធាន |
| ២ | លោកវេជ្ជ | សេង សុភាព | មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS) | អនុប្រធាន |
| ៣ | លោកវេជ្ជ | ឈិត សុផល | អនុប្រធាមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត | សមាជិក |
| ៤ | លោកស្រីវេជ្ជ | ប្រាក់ សោភណ័នារី | អនុប្រធានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NMCHC) | សមាជិក |
| ៥ | លោកវេជ្ជ | សំរិត សុវណ្ណរិទ្ធិ | មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS) | សមាជិក |
| ៦ | លោកវេជ្ជ | ឡុក ប៊ុនថៃ | មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS) | សមាជិក |
| ៧ | លោក | ម៉ុម ចន្ទ័តារា | មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS) | សមាជិក |
| ៨ | លោកវេជ្ជ | សុខ បញ្ញា | មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NCHADS) | សមាជិក |
| ៩ | លោកវេជ្ជ | ប្រាក់ ណារុំ | មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត | សមាជិក |
| ១០ | លោកស្រីវេជ្ជ | ង៉ែត ចន្ទ័ឆាយា | មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត | សមាជិក |
| ១១ | លោកវេជ្ជ | លឹម ស្រេង សេដ្ឋា | មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត | សមាជិក |
| ១២ | លោកវេជ្ជ | ប៉ាល់ ប៊ុណ្ណា | មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត | សមាជិក |
| ១៣ | លោកស្រីវេជ្ជ | សាឯម ថាវរី | មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យកាល់ម៉ែត | សមាជិក |
| ១៤ | លោកវេជ្ជ | ឃុន គីម អ៊ាម | អនុប្រធានការិ.ទេស/CENAT | សមាជិក |
| ១៥ | លោកស្រីវេជ្ជ | ទូន សុវណ្ណា | មន្ត្រីមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ (NMCHC) | សមាជិក |
| ១៦ | លោកវេជ្ជ | ស៊ីម យុទ្ធាសា | មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យបង្អែកខេត្តបាត់ដំបង | សមាជិក |
| ១៧ | គ្រូពេទ្យ | មូល សុវណ្ណារី | មន្ត្រីមន្ទីរពេទ្យបង្អែកជ័យជំនះ | សមាជិក |
| ១៨ | តំណាងអង្គការ AHF | | | សមាជិក |
| ១៩ | តំណាងអង្គការ UNICEF | | | សមាជិក |
| ២០ | តំណាងមូលនិធិ CHAI | | | សមាជិក |
| ២១ | តំណាងអង្គការ FHI | | | សមាជិក |
| ២២ | តំណាងអង្គការ KHANA | | | សមាជិក |
| ២៣ | តំណាងអង្គការ WHO | | | សមាជិក |
| ២៤ | តំណាងអង្គការ US-CDC | | | សមាជិក |
| ២៥ | តំណាង Center of Hope | | | សមាជិក |

# ពាក្យបំព្រួញ

| | |
|---|---|
| **3TC** | Lamivudine |
| **ABC** | Abacavir |
| **AIDS** | Acquired Immunodeficiency Syndrome |
| **ALT** | Alanine Transaminase |
| **AST** | Aspartate Transaminase |
| **ART** | Antiretroviral therapy |
| **ARV** | Antiretroviral drug(s) |
| **AZT** | Zidovudine |
| **BS** | Birth Spacing |
| **CBC** | Complete Blood Count |
| **CD4** | T-CD4+ Lymphocyte |
| **CMV** | Cytomegalovirus |
| **CNS** | Central Nervous System |
| **CK** | Creatine Kinase |
| **CrCl** | Creatinine Clearance |
| **d4T** | Stavudine |
| **ddI** | Didanosine |
| **DOT** | Directly Observed Therapy |
| **EC** | Enteric Coated |
| **EFV** | Efavirenz |
| **FDC** | Fixed Dose Combination |
| **HBV** | Hepatitis B virus |
| **HGC** | Hard Gelatin Capsules |
| **HIV** | Human Immunodeficiency Virus |
| **IPT** | Isoniazid Preventive Therapy |
| **LDH** | Lactate Dehydrogenase |
| **LDL** | Low-Density Lipoprotein |
| **LPV** | Lopinavir |
| **LPV/RTV** | Lopinavir/Ritonavir |
| **MMM** | Modul Mith Chouy Mith |
| **MTCT** | Mother to Child Transmission |
| **NNRTI** | Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor |

| | |
|---|---|
| **NRTI** | Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor |
| **NVP** | Nevirapine |
| **OHL** | Oral Hairy Leukoplakia |
| **OI** | HIV related Opportunistic Infection |
| **PCP** | Pneumocystis carinii pneumonia |
| **PEP** | Post Exposure Prophylaxis |
| **PLHIV** | Person/People Living with HIV |
| **PI** | Protease Inhibitor |
| **PITC** | Provider Initiated Testing and Counseling |
| **PMTCT** | Prevention of Mother to Child Transmission |
| **PPE** | Papular Pruritic Eruption |
| **PTB** | Pulmonary Tuberculosis |
| **R** | Ritonavir (when given in association with other PIs for boosted dosing) |
| **RLS** | Resource Limited Settings |
| **RNA** | Ribonucleic Acid |
| **RTV** | Ritonavir (when given alone or with other PIs for boosted dosing) |
| **SGC** | Soft Gelatin Capsules |
| **STI** | Sexually Transmitted Infection |
| **TB** | Tuberculosis |
| **TDF** | Tenofovir |
| **TST** | Tuberculin Skin Test |
| **ULN** | Upper Limit of Normal |
| **VCCT** | Voluntary Centers for Counseling and Testing |
| **VDRL** | Venereal Diseases Reference Laboratory (refers to a test for syphilis) |
| **WHO** | World Health Organization |

# ១ សេចក្តីសង្ខេប

នៅខែកក្កដា ឆ្នាំ ២០១០ អង្គការសុខភាពពិភពលោក បានដាក់ចេញនូវគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ដែលបានកែសំរួលសារជាថ្មី។ ការកែសំរួលឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ ផ្អែកលើភស្តុតាងថ្មីៗដែលប្រមូលបានពីបណ្តាប្រទេសដែលមានធនធានច្រើន និងបណ្តាប្រទេសដែលមានធនធានខ្សត់ខ្សោយ ក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, រូបមន្តព្យាបាល, ការពុលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍មានជំងឺរបេងសកម្ម និង/ឬជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទបេ, ការតាមដាន, ការពិនិត្យដោយមន្ទីរពិសោធន៍, ការកំណត់ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។

ក្រុមអ្នកជំនាញនៃអង្គការសុខភាពពិភពលោកបានប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រជាប្រព័ន្ធ និងមានភាពច្បាស់លាស់ដើម្បីវាយតំលៃលើភស្តុតាង និងលើកឡើងជាអនុសាសន៍ដោយប្រើប្រាស់វិធីសាស្ត្រ GRADE ដែលបានមកពីការពិចារណាលើប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាល, ភាពទទួលយកបាន និងភាពប្រើប្រាស់សេវាបាន។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោកដែលឈប់អោយប្រើឱសថ d4T ក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅមិនទាន់បានអនុវត្តនៅប្រទេសកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្ននេះទេ។ នៅឆ្នាំខាងមុខនេះ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ ដោយមានការគាំទ្រថវិកាពីមូលនិធិសកល និងពីអង្គការដៃគូជាតិ និងអន្តរជាតិ នឹងស្វែងរកឱសថដែលត្រូវយកមកជំនួសឱសថ d4T ដោយតំលៃសមស្រប។

ការពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់នៅកម្ពុជា នៅតែជាផ្នែករួមបញ្ចូលនៃការឆ្លើយតបថ្នាក់ជាតិតាមរយៈការផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលបន្ត ជូនអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ប្រកបដោយគុណភាពខ្ពស់។ គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ បានរៀបចំឡើងជាបឋមសំរាប់មន្ត្រីសុខាភិបាលដែលចូលរួមក្នុងការថែទាំព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់អាយុលើសពី ១៨ឆ្នាំ។

គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ ផ្តល់នូវការពន្យល់យ៉ាងច្បាស់ពីមូលដ្ឋាននៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ឯកសារនេះអាចនឹងត្រូវបានប្រើជាឯកសារយោង ក៏ប៉ុន្តែមិនអាចយកប្រើសំរាប់ធ្វើការបណ្តុះបណ្តាលដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ក្នុងការគ្រប់គ្រងនិងតាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បានទេ។ ដូចគ្នានេះដែរ វាមិនទាន់អាចឆ្លើយតបទៅនឹងតំរូវការនៅពេលអនុវត្តចំពោះករណីស្មុគស្មាញ ទាក់ទងនឹងការថែទាំព្យាបាល

ជំងឺអេដស៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយ ហើយក៏មិនអាចដោះស្រាយលើការព្យាបាល ករណីពិសេសៗបាននៅឡើយទេ។ បញ្ហាទាំងអស់នេះ នឹងត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុង " ក្របខ័ណ្ឌ ថែទាំ និងព្យាបាលបន្តសំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ " និងដោះស្រាយជាបន្តបន្ទាប់ទៀត នៅក្នុងឯកសារដែលនឹងត្រូវបោះពុម្ពនៅពេលអនាគត។ អ្នកអានឯកសារនេះ គួរអានឯកសារយោងផ្សេងទៀត ដូចជា គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាល និងនិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តពាក់ព័ន្ធនានា ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានលំអិត និងអនុសាសន៍ទាក់ទងនឹងកម្មវិធីថែទាំ ព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងសហគមន៍ រួមមាន PITC និង VCCT, និយាមនៃបែបបទ សំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is, ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តនិងសង្គម, ការព្យាបាលបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម, PMTCT និងការព្យាបាលបង្ការក្រោយពេលមានគ្រោះថ្នាក់ដោយប៉ះពាល់ឈាម ឬ វត្ថុរាវនៃសរីរាង្គ។

គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលឆ្នាំ ២០១១ បានដាក់បញ្ចូលនូវទិដ្ឋភាពថ្មីៗពាក់ពន្ធ័នឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅប្រទេសកម្ពុជា មានដូចតទៅ៖

- **ការទទួលសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទូលំទូលាយ**

គោលការណ៍ណែនាំបច្ចុប្បន្ននេះ បានបង្កើនល័ក្ខខ័ណ្ឌក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដល់គ្រប់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ នៃអង្គការសុខភាពពិភពលោក ដោយបានបន្ថែមពីលើដំណាក់កាលទី៤ និងអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេងសកម្ម ដោយមិនចាំបាច់គិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ទេ។ គ្រប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលគ្មានរោគសញ្ញានឹងមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានចំនួនកោសិកា CD4 ស្មើ ឬតិចជាង ៣៥0 កោសិកា/មម$^{៣}$។

- **ផ្តោតលើការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានឆាប់**

គឺត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំឡុងពេល២សប្តាហ៍ក្រោយពីការបង្ហាញរោគសញ្ញាគ្លីនិក។ គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ បានរៀបរាប់លំអិតពីជំហានសំខាន់ៗ នៅក្នុងដំណាក់កាលពិនិត្យបីលើកដំបូង ដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់ក្នុងគោលបំណងជំរុញការស្តារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំឡើងវិញ

និងការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ដើម្បីកាត់បន្ថយភាពមានជំងឺ និងអត្រាស្លាប់ទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍ (សូមអានជំពូកទី៥)។

- **ការដាក់បញ្ចូលនិយាមនៃបែបបទយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is ក្នុងការវាយតំលៃគ្លីនិក**

រៀងរាល់លើកនៃការពិនិត្យជំងឺ គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ បានបញ្ជាក់ពីសារៈសំខាន់នៃការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង និងរៀបចំផែនការសកម្មភាពដើម្បីកំណត់ករណីជំងឺរបេង វិជ្ជមានដែលមានរោគសញ្ញា ដូចបានកំណត់ក្នុង SOP នៃយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is (សូមអានជំពូកទី៥)។

- **ផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម**

គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលនេះ ត្រូវបានពិនិត្យកែសំរួលឡើងវិញ ដោយស្របនឹងគោលការណ៍ណែនាំបោះពុម្ពលើកទី១ ស្តីពី ការបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម លើមនុស្សពេញវ័យនិងក្មេងជំទង់ឆ្នាំ ២០១១។ ការផ្លាស់ប្តូរត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងគោលការណ៍ណែនាំនេះ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីសារៈសំខាន់នៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ Isoniazid (IPT) អោយបានឆាប់ដូចបានកំណត់ក្នុងនិយាមនៃបែបបទយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is, ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole ដើម្បីបង្ការជំងឺ PCP និង toxoplasmosis, និងដោយឱសថ fluconazole ដើម្បីបង្ការជំងឺ cryptococcal disease (សូមអានជំពូកទី៥)។

- **កំណត់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ កាន់តែជាក់លាក់**

ដូចបានរៀបរាប់រួចហើយ គឺឱសថ d4T និង 3TC នៅតែជារូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ នៃក្រុម NRTIs ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដា។ ព័ត៌មានបន្ថែមត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដ៏សមស្រប ដោយផ្អែកតាមស្ថានភាពអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងចំនួនត្រីមាសនៃគភ៌នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។

- **ការរកឃើញភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលអោយបានឆាប់ដោយធ្វើតេស្ត Viral Load**

លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធ្វើតេស្ត Viral Load នឹងត្រូវបានពង្រីកយ៉ាងទូលំទូលាយនៅពេលដែលគោលការណ៍ណែនាំនេះចាប់ផ្តើមអនុវត្ត។ គំនូសបំព្រួញតាមជំហាននីមួយៗ(stepwise algorithm) ដើម្បីកំណត់ និងដោះស្រាយបញ្ហាបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយផ្អែកគ្លីនិក និងផ្អែកភាពស៊ាំ

ត្រូវបានបញ្ជាក់កាន់តែច្បាស់។ ដោយផ្អែកលើការបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិកនិងផ្នែកភាពស៊ាំ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតាមដានលទ្ធផលតេស្ត Viral Load ដើម្បីវាយតំលៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ ម្យ៉ាងទៀតនៅឆ្នាំខាងមុខនេះ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍លើសពី ២ឆ្នាំ ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load ជាប្រចាំ (routine)។ គោលការណ៍ណែនាំនេះ បានរៀបរាប់លំអិត ពីជំហានសំខាន់ៗដែលត្រូវអនុវត្តនៅពេលដែលស្រាវជ្រាវរកភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលតាមរយៈការធ្វើតេស្ត Viral Load ជាប្រចាំ (សូមអានជំពូកទី៨)។

- **ការកែប្រែរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជួរទី២**

រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជួរទី២ត្រូវបានធ្វើការកែប្រែអោយស្របតាមជំរើសមានកំណត់នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នៅប្រទេសកម្ពុជា, រួមមានភាពពុលនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, និងភាពស៊ាំជាមួយឱសថដែលកើតឡើងក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។ ឱសថ ddI និង 3TC ត្រូវបានជំនួសដោយ ABC និង 3TC ដែលជាជំរើសក្នុងក្រុម NRTIs សំរាប់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបញ្ចេញ ddI ពីក្នុងស្តុក និងប្តូរទៅការព្យាបាលដោយ TDF និង ABC វិញ (សូមអានជំពូកទី៩)។

## ២ តើការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជាអ្វី?

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺសំដៅលើការព្យាបាលដោយឱសថទាំងឡាយណាដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ឱសថទាំងនេះ មានសកម្មភាពទប់ស្កាត់អង់ស៊ីម (enzymes) ដែលមេរោគអេដស៍ត្រូវការដើម្បីបំបែកខ្លួនវា និងចំលងទៅកោសិកាផ្សេងទៀត។ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងប្រើនៅប្រទេសកម្ពុជាមានសកម្មភាពសំដៅលើអង់ស៊ីម ដូចខាងក្រោម៖

- Reverse transcriptase
- Protease

ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលកំពុងប្រើនៅប្រទេសកម្ពុជាចែកចេញជា ៣ ក្រុមសំខាន់ៗ ។ ពីរក្រុមមានសកម្មភាពទប់ស្កាត់អង់ស៊ីម Reverse transcriptase និងមួយក្រុមទៀតទប់ស្កាត់អង់ស៊ីម Protease ៖

- Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)
- Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)
- Protease Inhibitors (PI)

ប្រទេសកម្ពុជាបច្ចុប្បន្ន មិនទាន់មានលទ្ធភាពទទួលបាននូវឱសថដែលទើបតែរកឃើញថ្មី ហើយធន់នឹងភាពស៊ាំ ដូចជា ក្រុម NNRTIs មានឱសថ Etravirine និងក្រុម PIs ដូចជា Darunavir។ម្យ៉ាងទៀត ការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំនួន៣ក្រុម បានបង្ហាញសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ រួមមាន ការជ្រៀតចូល (entry) មានឱសថ Maviroc, integrase មានឱសថ Raltegravir, និងប្រឆាំងនឹងការវិវត្តន៍ (maturation inhibitors) មានឱសថ Bevirimet។ ផ្ទុយទៅវិញ នៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ នៅតាមបណ្តាប្រទេសដែលធនធាននៅមានកំរិតមិនទាន់មានឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ប្រើបានទូលំទូលាយទេ ហើយឱសថ ARV មួយចំនួន កំពុងស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលសិក្សាស្រាវជ្រាវនៅឡើយ។

ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលបានបញ្ចូលក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ គឺជាឱសថទាំងឡាយណាដែលមានប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់ និងងាយស្រួលក្នុងការប្រើហើយអាចទទួលយកបានសំរាប់ប្រទេសកម្ពុជានាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ៖

- NRTI: Zidovudine (AZT or ZDV)
  Stavudine (d4T)
  Lamivudine (3TC)
  Didanosine (ddI)
  Abacavir (ABC)
  Tenofovir (TDF)
- NNRTI: Nevirapine (NVP)
  Efavirenz (EFV)
- PI: Lopinavir និង Ritonavir កំរិតដូសទាប (LPV/r)
  Ritonavir កំរិតដូសទាប (RTV/r)

PIs និយមប្រើរួមគ្នាជាមួយ Ritonavir ។ ទោះបីជា Ritonavir មានថាមពលខ្លាំងស្រាប់ក៏ដោយ ប៉ុន្តែដោយសារផលប៉ះពាល់បណ្តាលអោយការប្រើរបស់វាមានកំរិត។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏វាអាចប្រើក្នុងកំរិតដូសទាបដើម្បីបន្ថយមេតាបូលីស (metabolism) នៃក្រុម PIs ផ្សេងទៀត និងបន្ថយចំនួនពេលនៃការលេបឱសថនេះ។ ការបង្កើន PIs (boosted protease inhibitor) ដែលចូលចិត្តជាងគេនៅប្រទេសកម្ពុជា គឺ LPV/r ដែលជាថ្នាំគ្រាប់មួយលាយបញ្ចូលគ្នា។

ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ភាគច្រើន ដែលអនុញ្ញាតអោយប្រើនៅប្រទេសកម្ពុជា គឺជាឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលរួមបញ្ចូលគ្នា (fixed dose combinations) ដើម្បីកាត់បន្ថយចំនួនគ្រាប់ឱសថ ដែលត្រូវលេប និង បង្កើនជាអតិបរិមានូវការលេបថ្នាំ អោយបានទៀងទាត់

ជាប់លាប់ និងត្រឹមត្រូវ។ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ដែលប្រើក្នុងប្រទេសកម្ពុជាត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក រួមមាន៖

- Zidovudine + Lamivudine (AZT + 3TC)
- Stavudine + Lamivudine (d4T + 3TC)
- Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine (AZT + 3TC + NVP)
- Stavudine + Lamivudine + Nevirapine (d4T + 3TC + NVP)

## ៣ គោលការណ៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

គោលបំណងនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺ៖

- ទប់ស្កាត់អោយបានជាអតិបរិមា និងយូរអង្វែងនូវការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍
- ធ្វើអោយមានភាពប្រសើរឡើងវិញនូវមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដើម្បីបង្ការ និព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម
- ធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវគុណភាពនៃជីវិត
- កាត់បន្ថយអត្រាឈឺ និងអត្រាមរណៈភាពដែលបណ្តាលមកពីមេរោគអេដស៍
- កាត់បន្ថយជាអតិបរមានូវព្រឹត្តិការណ៍អាក្រក់ (adverse events) និងស្ថានភាពពុំរ៉ៃដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរ
- បង្ការនូវភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ និងភាពបរាជ័យក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- បង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលមានឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ យ៉ាងហោចណាស់រួមបញ្ចូលគ្នាបីមុខ អាចអោយយើងសំរេចបាននូវគោលបំណងទាំងអស់ខាងលើ។ ការព្យាបាលដោយប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រួមបញ្ចូលគ្នាបែបនេះ ត្រូវបានគេដឹងថា មានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ខ្ពស់ នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលបានឆាប់រហ័ស។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បីមុខរួមបញ្ចូលគ្នា អាចកាត់បន្ថយយ៉ាងលឿននូវការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ដែលធ្វើអោយចំនួនមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម (viral load) ធ្លាក់ចុះក្រោមកំរិតដែលអាចរកឃើញដោយតេស្ត viral load ដែលយើងមានសព្វថ្ងៃ។ វាអាចកាត់បន្ថយឥទ្ធិពលរបស់មេរោគអេដស៍ទៅលើប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ហើយនាំអោយមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំមានភាពប្រសើរឡើងវិញជាលំដាប់ ដែលយើងអាចវាស់វែងតាមរយៈការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4។

នៅពេលដែលមុខងាររបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំមានភាពប្រសើរឡើងវិញ ការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ជាមួយជំងឺផ្សេងៗទៀតទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ថយចុះ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលបាន និងកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នឹងមានការថយចុះគួរអោយកត់សំគាល់នូវការប្រឈមមុខនឹងជំងឺផ្សេងៗ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ដំណើរការនៃការធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំកើនឡើងជាលំដាប់លំដោយ ក្នុងរយៈពេលជាច្រើនខែ ឬច្រើនឆ្នាំ ប៉ុន្តែមិនអាចត្រលប់មកល្អឥតខ្ចោះដូចដើមបានទេ។ ការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នឹងជំងឺឱកាសនិយម ឬ ជំងឺផ្សេងទៀតទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ តែងកើតមានក្នុងរយៈពេលមួយកំណត់។ ដូច្នេះ ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម និងការតាមដាននូវការលេចឡើងជំងឺថ្មីៗទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនអាចសំលាប់មេរោគអេដស៍អោយអស់ពីក្នុងឈាមបានទេ ប៉ុន្តែវាគ្រាន់តែទប់ស្កាត់ការបំបែកខ្លួនរបស់មេរោគអេដស៍ប៉ុណ្ណោះ។ នៅពេលដែលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានបញ្ឈប់ចំនួនមេរោគអេដស៍និងកើនឡើងវិញដូចមុនពេលព្យាបាល ហើយចាប់ផ្តើមបំផ្លាញប្រព័ន្ធភាពស៊ាំសារជាថ្មីទៀត។

មេរោគអេដស៍អាចធ្វើអោយមានការលូតលាស់នូវភាពស៊ាំដោយឯកឯង (spontaneous genetic mutations) ក្នុងកំរិតខ្ពស់។ ប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍៣មុខរួមគ្នាអាចកាត់បន្ថយការលូតលាស់នូវភាពស៊ាំដោយឯកឯងនេះបាន ដោយបន្តទប់ស្កាត់នូវចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមអោយនៅក្នុងកំរិតទាបបំផុត។ ប្រសិនបើ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មិនបានត្រឹមត្រូវ មិនបានទៀងទាត់ និងមិនបានជាប់លាប់ទេនោះ (ការប្រើឱសថរួមបញ្ចូលគ្នាមិនត្រូវបញ្ឈប់ ឬ ប្រើឈប់ៗ) គឺបណ្តាលអោយមេរោគអេដស៍នៅបន្តបំបែកខ្លួន នាំអោយមានការលូតលាស់នូវក្រុមមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំទៅនឹងឱសថទាំងនេះ។ ជាយថាហេតុ ក្រុមមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំនឹងឱសថ នៅតែបន្តលូតលាស់យ៉ាងច្រើនលើសលប់ជាពិសេស នាំអោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើឱសថរួមបញ្ចូលគ្នានឹងលែងមានប្រសិទ្ធិភាព។

ម្យ៉ាងទៀត ការស្រាវជ្រាវពីភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលអោយបានឆាប់ គឺជាការចាំបាច់។ ក្នុងករណី មិនបានព្យាបាលមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំជាមួយឱសថនោះ មេរោគអេដស៍នេះនឹងបន្តបំបែកខ្លួនវាបន្ថែមច្រើនទៀត ហើយបង្កអោយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ផ្សេងទៀត មិនសូវមានប្រសិទ្ធិភាពផងដែរ និងបន្តចំលងមេរោគអេដស៍ស៊ាំនឹងឱសថទៅអ្នកដទៃទៀត (សូមមើលតារាងទី១)។

**តារាងទី១: តើមេរោគអេដស៍ឆ្លងដោយរបៀបណា?**

| |
|---|
| មេរោគអេដស៍ អាចឆ្លងតាមការរួមភេទ តាមឈាម តាមទឹកកាមបុរស និងទឹករំអិលទ្វារមាស ។ |
| មេរោគអេដស៍ អាចឆ្លងតាមការបញ្ចូលឈាម ការប្រើប្រាស់ម្ជុលរួមគ្នា ឬ ពីម្តាយទៅកូននៅពេលមានផ្ទៃពោះ ពេលសំរាល ឬ ពេលបំបៅដោះកូន ។ |
| មេរោគអេដស៍ អាចឆ្លងមកមន្ត្រីសុខាភិបាល តាមរយៈការ មុតទំលុះស្បែកដោយម្ជុលដែលបង្ករោគ ឬ ដោយការប៉ះពាល់ឈាមដែលបង្ករោគរយៈពេលយូរ និងមានបរិមាណច្រើន។ |
| បុគ្គលដែលទើបឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូង ហើយមិនបានព្យាបាល អាចចំលងមេរោគអេដស៍ខ្លាំងដោយសារកំរិតមេរោគអេដស៍ចរាចរនៅក្នុងឈាមខ្ពស់។ |
| មនុស្សដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍អាចមានសុខភាពល្អ ជាច្រើនឆ្នាំ និងអាចចំលងមេរោគអេដស៍ទៅអ្នកដទៃទៀត។ |
| ដំបៅនៅប្រដាប់បន្តពូជ និងជំងឺកាមរោគ បង្កើនការប្រឈមមុខខ្ពស់ នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ |
| ការតមមិនរួមភេទ និងការប្រើស្រោមអនាម័យ និងមិនប្រើប្រាស់ម្ជុលរួមគ្នា គឺជាវិធីសាស្ត្របង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ដ៏មានប្រសិទ្ធិភាពខ្ពស់។ |
| មេរោគអេដស៍ មិនអាចឆ្លងតាមរយៈការប្រាស្រ័យទាក់ទងក្នុងសង្គមធម្មតា ការថើប បរិភោគអាហាររួមគ្នា ឬ សត្វល្អិតទិច ឬ ខាំនោះទេ។ |

# ៤ ការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

## *៤-១ បញ្ហាក់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍*

បញ្ជាក់ថាអ្នកជំងឺប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ គឺនៅពេលដែលអ្នកជំងឺមាន៖

- ការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (ការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទជាមួយដៃគូច្រើនដោយគ្មានសុវត្ថិភាព ការចាក់ថ្នាំញៀនតាមសរសៃ ឬ ការចាក់ស្បែក)
- ផ្ទៃពោះ
- ជំងឺកាមរោគ
- ជំងឺរបេង
- ការបង្ករោគដោយពពួកបាក់តេរី សារចុះសារឡើង
- ការថយចុះទំងន់ (ការបាត់បង់ទំងន់ខ្លួនលើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន)
- រោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលសង្ស័យថា ការបង្កជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗ៖ ចង្កោមរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទដោយមានគ្រុនក្តៅ រួមមាន ជំងឺរលាកស្រោមខួរ និងការថយ

ចុះសញ្ញាសរសៃប្រសាទនៅតាមតំបន់ (focal deficits), ជំងឺរលាកស្បូតស្រួចស្រាវ, រោគសញ្ញាជំងឺសើស្បែក (herpes zoster, oral thrush, PPE, etc.)។

- រោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលសង្ស័យថា ឆ្លងមេរោគអេដស៍ដំបូងស្រួចស្រាវ រួមមានគ្រុនក្ដៅ, អស់កំលាំងល្ហិតល្ហៃ, ឈឺសាច់ដុំ, ជំងឺកូនកណ្ដុរ (lymphadenopathy), ជំងឺរលាកបំពង់អាហារ, និងស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកើតឡើងលើមនុស្សពេញវ័យដែលមានសុខភាពល្អ។

មន្ត្រីសុខាភិបាលទាំងអស់ ត្រូវអនុវត្តគោលការណ៍ណែនាំ ស្ដីពីការផ្ដួចផ្ដើមដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលក្នុងការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍និងផ្ដល់ប្រឹក្សា (PITC) និងផ្ដល់ព័ត៌មាន អំពីសារៈសំខាន់នៃការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ និងបញ្ជូនអ្នកជំងឺដោយមានការយល់ព្រមធ្វើតេស្តឈាមទៅកាន់សេវា VCCT (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំអំពី PITC និងVCCT និងគោលការណ៍ណែនាំអំពីការផ្ដល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ឆ្នាំ ២០០៧)។ ដោយបន្ថែមលើសពីការផ្លាស់ប្ដូរការប្រព្រឹត្ត និងការអប់រំអំពីជំងឺអេដស៍ អ្នកជំងឺគួរទទួលបានផងដែរនូវការស្រាវជ្រាវនិងការធ្វើតេស្តអង្គបដិបក្សប្រាណរហ័ស ដើម្បីកំណត់ពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍មុននឹងអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនទៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍សមស្រប។

## *៤-២ ការពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង (ថ្ងៃដែលបង្ហាញខ្លួន)*

- ប្រមូលព័ត៌មានទាក់ទងនឹងប្រជាសាស្ត្រពីអ្នកជំងឺ និងសមាជិកគ្រួសារអ្នកជំងឺ
- បញ្ជាក់ពីលទ្ធផលតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍, កំណត់កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្ត, កន្លែងធ្វើតេស្ត
- វាយតំលៃប្រវត្តិជំងឺបច្ចុប្បន្ន រួមមាន រោគសញ្ញាកើតមានថ្មីៗ និងការព្យាបាល
- ពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកសញ្ញាជំងឺរបេងតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is (សូមអានតារាងទី២) និងអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញអំពីករណីសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងបើមានរោគសញ្ញាវិជ្ជមាន។
- សួរប្រវត្តិជំងឺពីមុន រួមមានៈ
  - ធ្លាប់កើតជំងឺរបេងនិងធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង (កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាល, កន្លែងព្យាបាល, រូបមន្តព្យាបាល និងលទ្ធផលនៃការព្យាបាល)។
  - ប្រវត្តិនៃការកើតជំងឺឡើងកូនកណ្ដុររ៉ាំរ៉ៃ (chronic lymphadenopathy)។
  - ការបង្ករោគតាមផ្លូវដង្ហើមផ្នែកខាងលើសារចុះសារឡើង និងជំងឺរលាកស្បូត ,ជំងឺឱកាសនិយម, ជំងឺកាមរោគ និងជំងឺផ្សេងទៀត។

- ប្រវត្តិកើតរោគស្ត្រី, ប្រវត្តិនៃការសំរាលកូន, និងការប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យាកំណើត។
- ធ្លាប់បានប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដូចជា ប្រើរូបមន្តព្យាបាលណាមួយ និង រយៈពេលនៃការប្រើ ឬ ប្រើក្នុងកម្មវិធី PMTCT ។
- ធ្លាប់ព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម រួមមានការប្រើឱសថ INH, cotrimoxazole, និង fluconazole និងផលប៉ះពាល់ដែលពាក់ព័ន្ធ។
- ធ្លាប់មានប្រតិកម្មឱសថ (Drug allergies) រួមមានឱសថអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក (antibiotics) ដូចជា cotrimoxazole ។
- ឱសថដែលកំពុងប្រើ។

**តារាងទី២: ការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេងតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is**

| ការពិនិត្យសុខភាពរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង | ការឆ្លើយតប | គ្រប់គ្រងព្យាបាល |
|---|---|---|
| នៅក្នុងកំឡុងពេល ៤សប្តាហ៍មុនៈ<br>1) មានគ្រុនក្តៅ, ដោយមិនគិតពីពេលវេលា និងរយៈពេល<br>2) ក្អក, ដោយមិនគិតពីពេលវេលា និងរយៈពេល<br>3) មានបែកញើសជោគខ្លួន (drenching night sweats) នៅពេលយប់រយៈពេលលើសពី ២ សប្តាហ៍ | គ្មានរោគសញ្ញា | ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ INH* |
| | មានរោគសញ្ញាមួយ ឬច្រើន | វាយតំលៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេង, ការពិនិត្យកំហាក AFB ចំនួន ៣ដង ហើយថែមទាំងធ្វើការបណ្តុះមេរោគរបេង និងការថតសួតដោយកាំរស្មីX ស្របតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is ។ |

* ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ INH លុះត្រាតែបានបញ្ជាក់ថា កំរិតអង់ស៊ីមថ្លើម AST/ALT មានកំរិតតិចជាង៣ដងនៃកំរិតធម្មតា អ្នកជំងឺមិនត្រូវផឹកសុរានិងមិនធ្លាប់មានប្រតិកម្មជាមួយ INH ។ ធ្វើតេស្តទុយប៊ែគុលលីនលើស្បែក [Tuberculine Skin Test (TST)] នៅពេលពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូង បើតេស្តនេះអាចអនុវត្តបាននៅសេវា OI/ART (សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is នៅក្នុងបណ្តាសេវាថែទាំ និងព្យាបាលបន្តឆ្នាំ ២០១០)។

- ការវាយតំលៃពីប្រវត្តិសង្គម រួមមានៈ
  - ស្ថានភាពគ្រួសារ និងមុខរបរ
  - ផឹកសុរា និងប្រើថ្នាំញៀន

- ជក់បារី
- ការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខនឹងសកម្មភាពផ្លូវភេទខ្ពស់
- សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀតដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រួមមាន ការធ្វើតេស្ត ឈាម និងប្រវត្តិនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និង ការបើកចំហស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដល់សមាជិកគ្រួសារ
- ស្ថានភាពក្នុងការបំពេញមុខងារ ដោយប្រើ Karnofsky Performance Scale (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៦)។

- ការពិនិត្យរាងកាយ
  - រោគសញ្ញាសំខាន់ៗ (vital signs), ទំងន់, កំពស់
  - ល័ក្ខខ័ណ្ឌទូទៅ និងស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត
  - រោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទ និងគំហើញ (visual acuity)
  - លក្ខ័ខណ្ឌ័នៃត្រចៀក ច្រមុះ និងបំពង់ក
  - បេះដូង និងប្រព័ន្ធឈាមរត់
  - មុខងារផ្លូវដង្ហើម
  - ការពិនិត្យពោះ រួមមាន ថ្លើមរីកធំ អណ្តើករីកធំ និងកូនកណ្តុរឡើងធំ
  - ការឡើងកូនកណ្តុរនៅផ្នែកខាងចុង (peripheral lymphadenopathy)
  - ការលេចឡើងរោគសញ្ញាលើស្បែក (mucocutaneous manifestations)។
- ការស្រាវជ្រាវ ការវាយតំលៃ និងការព្យាបាលជំងឺតាមរោគសញ្ញាគ្លីនិកដែលកំពុង កើតឡើង (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការនិងការព្យាបាលជំងឺ ឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ឆ្នាំ ២០១១)។
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺរបេងដោយប្រើឱសថ Isoniazid (IPT) ប្រសិនបើការ ស្រាវជ្រាវ ឬ វាយតំលៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេងមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន និងពេល ដែលរង់ចាំលទ្ធផលតេស្ត AST/ALT (សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្ត យុទ្ធសាស្ត្រ Three I's និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងការព្យាបាល ជំងឺឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ឆ្នាំ ២០១១)។
- បើលទ្ធផលនៃការស្រាវជ្រាវ និងការវាយតំលៃរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេងថា វិជ្ជមាន នៃរបេងសកម្ម ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ Cotrimoxazole ។
- ការវាយតំលៃដំណាក់កាលគ្លីនិក ផ្អែកតាមអនុសាសន៍របស់អង្គការសុខភាព ពិភពលោក (សូមអានឧបសម្ពន្ធ័ទី១)

– បើអ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី៣ ឬទី៤ ត្រូវចាប់ផ្តើមភ្លាមៗនូវការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence counseling) ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole និងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានឆាប់បំផុតតាមតែអាចធ្វើទៅបាន (សូមអានតារាងទី៦ អំពីពេលដែលត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយផ្អែកលើរោគសញ្ញាគ្លីនិក)។

- អនុវត្តការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ដើម្បីតាមដានជាប្រចាំ (routine)
  – ធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4
  – ធ្វើតេស្ត រាប់ចំនួនកោសិកាឈាមទាំងអស់ (CBC)
  – តេស្តរកអង់ស៊ីមថ្លើម (AST/ALT) ។

**ប្រសិនបើអ្នកជំងឺស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលទី៣ ឬទី៤**
**ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍**
**អោយបានឆាប់បំផុតតាមតែអាចធ្វើទៅបាន (សូមអានតារាងទី៦)**
**ដោយមិនចាំបាច់រង់ចាំលទ្ធផលតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 លើកដំបូងទេ។**

ក្នុងកំឡុងពេលពិគ្រោះជំងឺលើកដំបូងនេះ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (holistic support) ដល់អ្នកជំងឺ។ ការផ្តល់តែឱសថ គឺមិនគ្រប់គ្រាន់ទេ ក្នុងការគាំទ្រអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ ការគាំទ្រដែលមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ រួមមាន:

- ផ្តល់ការអប់រំ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីអេដស៍
- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្លូវចិត្តអោយបានសមស្របក្នុងកាលៈទេសៈដ៏លំបាកអាចទទួលបានលទ្ធផលល្អប្រសើរក្នុងរយៈពេលយូរ (longterm outcomes)។
- ផ្តល់ការគាំទ្រអាហារូបត្ថម្ភ។ អ្នកជំងឺជាច្រើនដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មិនមានលទ្ធភាព ក្នុងការបរិភោគអាហារបានសមស្របទេ។ ការបរិភោគអាហារដែលមានសារៈជាតិចិញ្ចឹមគ្រប់គ្រាន់ (Good nutrition) ធ្វើអោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំបានប្រសើរឡើង និងជួយដល់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បានទទួលលទ្ធផលល្អ។ ត្រូវផ្តល់ការគាំទ្រអាហារូបត្ថម្ភដល់អ្នកជំងឺគ្រប់គ្នា ដែលទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

(សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ឆ្នាំ ២០១១)។

- ផ្តល់ការគាំទ្រផ្នែកសង្គមនិងហិរញ្ញវត្ថុអាចជួយអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍អោយមានភាពរឹងមាំឡើងវិញ។ ការស្វែងរកប្រាក់ចំណូល (Income generation) និងការបណ្តុះបណ្តាលអាចជួយអោយពួកគេម្ចាស់ការបានលើសេដ្ឋកិច្ចគ្រួសារ។

ការភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងគ្នាជាមួយនឹងសេវាផ្សេងៗ គឺជាកត្តាដ៏ចំបងដើម្បីអោយការព្យាបាលទទួលបានជោគជ័យ ជាពិសេស ជាមួយក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ និងក្រុមគាំទ្រក្រុមរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍/អ្នកជំងឺអេដស៍ (សូមអាន " ការថែទាំ និងព្យាបាលបន្តសំរាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ គំរោងប្រតិបត្តិការឆ្ពោះទៅការភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងសេវាព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជាមួយវិធីសាស្ត្រថែទាំព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ)។

## ៤-៣ ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី២ (មុនមួយសប្តាហ៍)

- បន្តតាមដាន និងព្យាបាលជំងឺបច្ចុប្បន្ន
- ពិនិត្យសុខភាពរករោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរបេងផ្អែកលើយុទ្ធសាស្ត្រ Three I's (សូមមើលតារាងទី២) និងអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញបើសង្ស័យថា មានជំងឺរបេងបើការស្រាវជ្រាវមានលទ្ធផលវិជ្ជមាន។
- ពិនិត្យលទ្ធផលតេស្តនៃការតាមដានជាប្រចាំ និង វាយតំលៃលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (សូមមើលតារាងទី៣)។
- ធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំមុននឹងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍: តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4, CBC, AST/ALT ( សូមមើលតារាងទី៤ ) ប្រសិនបើមិនទាន់បានធ្វើទេ។
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ( សូមមើលតារាងទី៥) ប្រសិនបើមិនទាន់បានចាប់ផ្តើមព្យាបាលទេ។

តារាងទី៣: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍*

<table>
<tr><th>ដំណាក់កាលគ្លីនិក តាម WHO</th><th>មនុស្សពេញវ័យដែលគ្មានជំងឺរបេង ប៉ុន្តែ មានជំងឺ HIV/HBV រួមគ្នា និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ</th><th></th></tr>
<tr><td>១</td><td rowspan="2"><៣៥០ កោសិកា/មម$^{៣}$</td><td></td></tr>
<tr><td>២</td><td>មនុស្សពេញវ័យដែលមានជំងឺរបេង</td></tr>
<tr><td>៣</td><td colspan="2">ព្យាបាលទាំងអស់គ្នា</td></tr>
<tr><td>៤</td><td colspan="2">ព្យាបាលទាំងអស់គ្នា</td></tr>
</table>

* ក្រោយពីបានផ្តល់ប្រឹក្សា និង បានរៀបចំហើយជាស្រេច

តារាងទី៤: អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រតាមដាន មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

| តេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ | ត្រូវធ្វើជាចាំបាច់ (Essential) | ធ្វើតែក្នុងករណីចាំបាច់ (Optional) |
|---|---|---|
| តេស្តអង្គបដិបក្ខប្រាណ HIV | X | |
| តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 | X | |
| តេស្ត AST / ALT | X | |
| តេស្តបញ្ជាក់ថាមានផ្ទៃពោះ | ចាំបាច់បើប្រើ EFV | |
| តេស្ត CBC | X | |
| ការថតសួតដោយ | ចាំបាច់ដើម្បីស្រាវជ្រាវ | ករណីមាន |

| | | |
|---|---|---|
| កាំរស្មី X | រកជំងឺរបេង | រោគសញ្ញាគ្លីនិក |
| តេស្ត viral load | មិនចាំបាច់ | មិនចាំបាច់ |
| Creatinine | ចាំបាច់ បើប្រើ TDF | ករណីមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក |
| Phosphate | | ប្រសិនប្រើ TDF |
| Amylase | | ករណីមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក |
| Lipids | | ប្រសិនប្រើ d4T, EFV ឬ PI |
| តេស្ត រកមេរោគរលាកថ្លើម ប្រភេទ B Surface Ag និង តេស្តអង្គបដិប្រាណ | ប្រសិនបើ AST/ALT>៣ ឬមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក | ប្រសិនបើ AST/ALT> ៣ ឬមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក |

**មិនត្រូវពន្យាពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេ ទោះបីជាមិនទាន់បានទទួលលទ្ធផលតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ទាំងអស់ក្នុងកំឡុងពេល២សប្តាហ៍ក៏ដោយ។**

ការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមគឺជាផ្នែករួមបញ្ចូលគ្នា នៃកញ្ចប់សេវាថែទាំព្យាបាលគ្រប់ជ្រុងជ្រោយលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍។ អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ត្រូវទទួលបាននូវព័ត៌មាន និងសំភារៈអប់រំផ្សព្វផ្សាយទាក់ទងនឹងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ isoniazid, cotrimoxazole, និង fluconazole។ តារាងខាងក្រោមសង្ខេបពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ហើយព័ត៌មានលំអិតនៃការព្យាបាលបង្ការនេះ រួមមាន កំរិតដូស, desensitization, និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថ (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមលើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ឆ្នាំ ២០១១)។

## តារាងទី៥: សង្ខេបអំពីការព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយមលើអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និង អ្នកជំងឺអេដស៍

| ព្យាបាលបង្ការដោយ | លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ | កំណត់កំរិតដូស និងរយៈពេលព្យាបាល |
|---|---|---|
| Isoniazid/Pyridoxine (vitamin B6) | អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងគ្មានជំងឺរបេងសកម្ម | ប្រើ INH ៥មក្រ/គក្រ ដល់កំរិតដូសអតិបរិមា ៣០០មក្រ/ថ្ងៃ |

| | | |
|---|---|---|
| | ទោះបីជាមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ទោះជាស្ថិតនៅត្រីមាសទីប៉ុន្មានក៏ដោយ * | (ចំពោះអ្នកជំងឺទំងន់ < ៥០មក្រ ត្រូវផ្តល់ក្នុងកំរិត២០០មក្រ) និង Pyridoxine (vitamin B6) ៥០មក្រ/ថ្ងៃ រយៈពេល ៦ខែ។ |
| Cotrimoxazole | អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង២០០ ឬ ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលគ្លីនិកទី៣ ឬ ទី៤ ទោះបីជាមានចំនួនកោសិកា CD4 ប៉ុន្មានក៏ដោយ រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ទោះបីជាស្ថិតនៅក្នុងត្រីមាសទីប៉ុន្មានក៏ដោយ។ | ប្រើ ១ double strength (DS; TMP-១៦០មក្រ, SMX-៨០០មក្រ) លេបមួយថ្ងៃមួយគ្រាប់រាល់ថ្ងៃ។ មនុស្សពេញវ័យត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ cotrimoxazole រហូតដល់គ្មានរោគសញ្ញា និងចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើងលើសពី ២០០ តាម រយៈការធ្វើតេស្ត២ដងឆ្លោះពីគ្នា៦ខែម្តង។ |
| Fluconazole | អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ទាំងអស់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 តិចជាង ១០០ កោសិកា/មម<sup>៣</sup> ។ លើកលែងតែ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះស្ថិតនៅត្រីមាសទី១។ | ១០០មក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ (លេប ២០០មក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ បើធ្លាប់មានជំងឺ Cryptococcus )។ មនុស្សពេញវ័យ ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ fluconazole រហូតដល់ចំនួនកោសិកា CD4 កើនឡើងលើសពី១០០ តាមរយៈ ការធ្វើតេស្ត២ដង ចន្លោះពីគ្នា ៦ខែម្តង ។ |

* សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្រ្ត 3I's អំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការចាប់ផ្តើមនិងតាមដានការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ Isoniazid (IPT)។ នៅសេវាណាដែលមានតេស្តទុយប៊ែគុលលីនលើស្បែក ហើយអ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្តនេះវិជ្ជមាន ត្រូវទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយ INH រយៈពេល ៣៦ខែ។ ចំណែកឯ អ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលតេស្តអវិជ្ជមាន មិនមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ INH ទេ។

## *៤-៤ ការពិគ្រោះជំងឺលើកទី៣ (មុន ២សប្តាហ៍)*

- បន្តតាមដាន និងព្យាបាលជំងឺបច្ចុប្បន្ន ។
- សាកសួរអំពីរោគសញ្ញាថ្មី និងផលប៉ះពាល់នៃឱសថដោយការព្យាបាលបង្ការ។
- ពិនិត្យសុខភាពរករោគសញ្ញាជំងឺរបេងផ្អែកលើយុទ្ធសាស្រ្ត 3I's (សូមមើលតារាងទី២) និងអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង ក្នុងករណីដែលចង្អោមរោគសញ្ញាវិជ្ជមាន។

- ស្ទាបស្ទង់រោគសញ្ញាសំខាន់ៗ (vital signs) ថ្លឹងទំងន់ និងធ្វើការពិនិត្យសុខភាព ដោយផ្អែកលើចង្កោមរោគសញ្ញាជំងឺដែលកំពុងកើតឡើង ។
- វាយតំលៃដំណាក់កាលគ្លីនិក សារជាថ្មីឡើងវិញ។
- តាមដានលទ្ធផលតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការជំងឺឱកាសនិយម ប្រសិនបើមិនទាន់បានចាប់ផ្តើមARVទេ។
- ស្ទាបស្ទង់ការយល់ដឹងរបស់អ្នកជំងឺ អំពីជំងឺអេដស៍ និងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ជោគជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អាស្រ័យលើការយល់ដឹង និងការយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់របស់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗក្នុងពេលព្យាបាល។ វាមិនមែនជាការងាយស្រួលទេ ក្នុងការទាយទុកជាមុនថា អ្នកជំងឺណាម្នាក់នឹងជួបការលំបាកក្នុងការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់នោះ។
- សំរេចចិត្តចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- ប្រើជំរើសរូបមន្តព្យាបាល, **ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍** និងរៀបចំកាលវិភាគណាត់ជួប ដើម្បីតាមដានការព្យាបាលអោយបានសមស្រប (រាល់២សប្តាហ៍)។
- ការណាត់ជួបដើម្បីតាមដាន ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងរយៈពេល១ខែក្រោយ។ ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលបានប្រើ ARV មួយរយៈពេលហើយមានការយល់ដឹងខ្ពស់ លើការព្យាបាលនេះ និងមានស្ថានភាពសុខភាពប្រសើរហើយនោះ គឺអាចណាត់ជួប និងផ្តល់ឱសថ ARV រៀងរាល់ ២ខែ ឬ ៣ខែ ប៉ុន្តែ មិនត្រូវលើសពី៣ខែទេ។

## *៤-៥ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ លើអ្នកជំងឺដែលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយមសកម្ម*

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវថ្មីៗជាច្រើនបង្ហាញថា ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានឆាប់រហ័ស លើអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺឱកាសនិយមអាចកាត់បន្ថយអត្រាឈឺនិងអត្រាមរណៈភាព។ នៅពេលនេះ ការផ្តល់អនុសាសន៍អោយចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក្នុងកំឡុងពេល **២សប្តាហ៍នៃការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម** ហើយអាចនឹងបណ្តាលអោយលេចឡើង នូវចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (immune reconstitution syndrome) (សូមអានជំពូកទី៦.៧) ដោយលើកលែងតែចំពោះអ្នកជំងឺ

របេងដែលត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលជំងឺរបេងបានរយៈពេល២សប្តាហ៍។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ធ្វើអោយប្រសើរឡើងមុខងារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ និងជួយឆ្លើយតបនឹងការបង្កជំងឺឱកាសនិយមបានភ្លាមៗ ព្រមទាំងបង្ការកុំអោយជំងឺឱកាសនិយមថ្មីៗកើតឡើង។ ចំពោះជំងឺឱកាសនិយមសកម្មមួយចំនួន ដូចជា ជំងឺ cryptosporidiosis, progressive multifocal leukoencephalopathy, ការបង្ករោគដោយ CMV, និង Kaposi sarcoma គឺត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានឆាប់ដើម្បីបង្កើនប្រសិទ្ធភាពក្នុងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមទាំងអស់នេះ។

ជាការប្រសើរ ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មុនពេលដែលជំងឺឱកាសនិយមរាលដាលច្រើនកន្លែង ករណីដែលអ្នកជំងឺមានការថយចុះប្រព័ន្ធភាពស៊ាំខ្លាំងក្លា និងចំនួនមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាមមានកំរិតខ្ពស់ (high viral loads) ។ តារាងទី៦ អាចជួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការសំរេចចិត្តចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺឱកាសនិយមមួយចំនួនៈ

**តារាងទី៦: ពេលវេលាដែលត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងមានជំងឺឱកាសនិយម**

| ជំងឺឱកាសនិយម | ពេលវេលារវាងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និង ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ |
|---|---|
| ជំងឺរបេង | ចាប់ផ្តើម ART ភ្លាមៗ ក្រោយពីព្យាបាលជំងឺរបេងបាន ២សប្តាហ៍ក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4។ |
| ជំងឺ Disseminated mycobacterium avium-intracellulare complex | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត |
| ជំងឺ PCP | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត,នៅពេលដែលមិនមានប្រតិកម្មជាមួយឱសថ cotrimoxazole |
| ជំងឺ Toxoplasmosis | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត |
| ជំងឺរលាកថ្លើម Hepatitis B និង C | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត |
| ជំងឺ Cytomegalovirus | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត |
| ជំងឺ Varicella-Zoster | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត |
| ជំងឺ Histoplasmosis | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ amphotericin B |
| ជំងឺ Penicillium | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ amphotericin B |

| | |
|---|---|
| ជំងឺ Cryptococcus* | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ amphotericin B |
| ជំងឺ Progressive multifocal leukoencephalopathy | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត |
| ជំងឺ Kaposi Sarcoma | ចាប់ផ្តើម ART អោយបានឆាប់បំផុត, ក្នុងករណីដែលមិនបានទទួលការព្យាបាល ផ្សេងទៀត។ |

* អាចពន្យាពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក្នុងករណីមានការកើនឡើងសំពាធក្នុងក្បាល ដែលមិនអាចត្រួតពិនិត្យបាន បណ្តាលមកពីជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលបង្កដោយ Cryptococcus។ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺត្រូវបានតាមដានរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ (neurological monitoring) និងការបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងដើម្បីសង្គ្រោះបន្ទាន់។

ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនអាចអនុវត្តក្នុងពេលជាមួយគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមដែលមិនមែនជាជំងឺរបេងនិងក្នុងពេលប្រើឱសថ amphotericin B ពីព្រោះវាបណ្តាលអោយមានប្រតិកម្មឱសថដ៏លំបាកមួយចំនួន (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៣)។ ក្នុងករណីដែលចង្កោមរោគសញ្ញាឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (IRIS) បានកើតឡើង, ហើយរោគសញ្ញានិមួយៗ (individual symptoms) អាចគ្រប់គ្រងព្យាបាល គឺមិនចាំបាច់ផ្អាកការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេ ។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បញ្ហាជាច្រើនបានកើតឡើង ក្រោយពេលចាប់ផ្តើម និងពេលតាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំពុងពេលព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម៖

- ការជ្រាបចូលនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាមនៃអ្នកជំងឺមិនបានល្អ បណ្តាលអោយកំរិតថ្នាំក្នុងឈាមទាបជាងកំរិតព្យាបាល(subtherapeutic blood) ហើយអាចបង្កអោយមានភាពស៊ាំជាមួយឱសថ។
- ជំងឺឱកាសនិយមអាចធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់មុខងារតំរងនោម និងមុខងារថ្លើម និងបណ្តាលអោយមានឥទ្ធិពលលើកំរិតឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នៅក្នុងឈាម
- ការបង្កអោយមានភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃរោគសញ្ញាជំងឺឱកាសនិយម អាចធ្វើអោយច្រឡំជាមួយនឹងការបង្កឡើងនូវជំងឺឱកាសនិយមថ្មី ឬ កើត IRIS ។
- ចង្កោមរោគសញ្ញានៃ IRIS អាចកើតឡើងជាច្រើនសប្តាហ៍ ឬ ជាច្រើនខែ មុននឹងបាត់បង់ទៅវិញ។

## ៥ ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើរូបមន្ត ជួរទី១ ជាអ្វី?

ការសំរេចចិត្តប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ គឺមានទំនាក់ទំនងជាបឋមជាមួយនឹងការពុលថ្លើម នៃឱសថ រួមមាន កង្វះគ្រាប់ឈាមក្រហម (anemia), ជំងឺ peripheral neuropathy, ជំងឺរបេង, ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HBV) និងការមានផ្ទៃពោះរបស់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

ផ្អែកតាមគោលការណ៍ណែនាំព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន, NVP បន្តនៅជាឱសថជំរើសក្នុងរូបមន្ត ព្យាបាលជួរទី១នៃក្រុម NNRTI។ ពេលចាប់ផ្តើមប្រើឱសថ NVP លើអ្នកជំងឺណាម្នាក់ត្រូវចាប់ ផ្តើមប្រើពីកំរិតដូសទាប ក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ដំបូងនៃការព្យាបាល ដើម្បីចៀសវាងការលើស កំរិត ដូសឱសថនិងបង្កអោយធ្វើមេតាបូលីស (metabolism) ឱសថ NVP ដោយ cytochrome P450 ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ពីមុន ហើយបានផ្អាកការព្យាបាលលើសពី២សប្តាហ៍ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេ រោគ អេដស៍សារជាថ្មី។ ប្រសិនបើមិនមានផលប៉ះពាល់នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលតំបូងដោយ NVP ទេនោះ គឺអាចបង្កើនកំរិតដូស NVP អោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមាន ប្រតិកម្មជាមួយ NVP ការបញ្ឈប់ការព្យាបាលភ្លាមៗអាស្រ័យលើភាពធ្ងន់ធ្ងរ នៃផលប៉ះពាល់នោះ (សូមមើលតារាងទី៨ ស្តីពីការចាប់ផ្តើមកំរិតដូសរបស់ NVP និងអានជំពូកទី ៦.៥ អំពីការធ្វើរោគ វិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងផល់ប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍)។

នៅពេលខាងមុខនេះ ឱសថ d4T នឹងត្រូវដកចេញពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដោយសារតែ ភាពពុលនៅពេលព្យាបាលរយៈពេលយូរ។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី គោលការណ៍ណែនាំព្យាបាល បច្ចុប្បន្ននៅតែបន្តអោយប្រើឱសថ d4T និង 3TC ដែលជាជំរើសក្នុងក្រុម NRTIs នៃរូបមន្ត ព្យាបាលជួរទី១ រហូតដល់មានការធានាក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថសំរាប់ជំនួសដែលអាចទទួលយកបាន នៅពេលអនាគត។

កំរិតដូសស្តង់ដា និងការតំរូវកំរិតដូសនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ទៅតាម មុខងាររបស់តំរងនោម និងមុខងារថ្លើមមានសរសេរក្នុងឯកសារយោងនៃឧបសម្ព័ន្ធទី២ និងតារាង ទី១៨។

### *៥-១ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍*

តារាងទី៧ សង្ខេបអំពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ស្តង់ដា សំរាប់ព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលបានបំពេញលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

## តារាងទី៧: ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដា ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ (first-line regimen)

| ស្ថានភាព | រូបមន្តព្យាបាល |
|---|---|
| ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដា ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ | d4T + 3TC + NVP |
| **ការជ្រើសរើសឱសថដោយសារផលប៉ះពាល់** | |
| ជំងឺសរសៃប្រសាទ (Neuropathy) | AZT + 3TC + NVP |
| ជំងឺសរសៃប្រសាទ និងស្លេកស្លាំង (anemia) | ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ |
| AST/ALT > ៥ដងលើសពីតំលៃធម្មតា | d4T + 3TC + EFV |
| **អ្នកជំងឺដែលបង្ករោគរបេង/អេដស៍រួមគ្នា (HIV/TB Coinfection)** | |
| កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ rifampicin ប៉ុន្តែគ្មានជំងឺសរសៃប្រសាទ | d4T + 3TC + EFV |
| កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងដោយឱសថ rifampicin និងមានជំងឺសរសៃប្រសាទ | AZT + 3TC + EFV |
| កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង ដោយឱសថ rifampicin និងមានផ្ទៃពោះ | ចាប់ផ្តើមព្យាបាលនៅត្រីមាសទី១ ដោយ AZT + 3TC +NVP បន្តចាប់ផ្តើមព្យាបាលពីត្រីមាសទី២ និងទី៣ ដោយ AZT + 3TC + EFV |
| កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង និងមិនអាចប្រើ (contraindication) ឬ មិនអាចទ្រាំទ្រ (intolerance) ជាមួយ EFV បាន | d4T + 3TC + NVP |
| **អ្នកជំងឺដែលកើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទB និងអេដស៍រួមគ្នា (HIV/HBV Coinfection)** | |
| មានប្រវត្តិធ្លាប់កើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ហើយឥឡូវនេះមានភាពស៊ាំ (ធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែនអវិជ្ជមាន) | d4T + 3TC + NVP |
| ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ មិនសកម្ម (សូមអានជំពូក៥.៣) | d4T + 3TC + NVP |
| ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃសកម្ម (សូមអានជំពូក៥.៣) | TDF+ 3TC + EFV |
| **ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ** | |
| ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ | AZT + 3TC + NVP |
| ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងមានភាពស្លេកស្លាំង (ត្រីមាសទី១នៃគភ៌) | d4T + 3TC + NVP |

| | |
|---|---|
| ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងមានភាពស្លេកស្លាំង និងមានជំងឺសរសៃប្រសាទ (ត្រីមាសទី១នៃគភ៌) | TDF + 3TC + NVP |
| ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមាន AST/ALT > ៥ដងនៃតំលៃធម្មតា (ត្រីមាសទី១នៃគភ៌) | TDF + 3TC+ AZT (នៅត្រីមាសទី១) បន្ទាប់មកប្តូរទៅ AZT+3TC+EFV (បន្ទាប់ពីត្រីមាសទី១) |
| ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមាន AST/ALT > ៥ដងនៃតំលៃធម្មតា (ត្រីមាសទី២ និងទី៣នៃគភ៌) | AZT + 3TC + EFV |
| ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងមានជំងឺរបេង | ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ |
| ធ្លាប់ព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ | ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ |

- **យោបល់ពីអ្នកជំនាញ**

យោបល់ពីអ្នកជំនាញ រួមមាន ក្រុមគ្រូសំរបសំរួលវគ្គបណ្តុះបណ្តាលនៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សមាជិកអនុគណៈកម្មការ ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងទីប្រឹក្សាអន្តរជាតិ។ រាល់សំណួរនិងចំងល់ទាំងអស់ សូមលើកឡើងជាសំណួរទៅកាន់គ្រូសំរបសំរួលវគ្គបណ្តុះបណ្តាល អំពីការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយមនិងដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដែលកំណត់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ។

- **ចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយប្រើឱសថNVPគឺជាផ្នែកមួយនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍:**

ចាប់ផ្តើមព្យាបាល ART ដោយប្រើឱសថ NVP អាចបណ្តាលអោយមានផលប៉ះពាល់រួមមាន ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (Rash) និងជំងឺរលាកថ្លើម។ ដូច្នេះ ត្រូវប្រើឱសថនេះក្នុងកំរិតដូសទាបដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ទាំងនេះអោយនៅកំរិតទាបបំផុត។ ការតំឡើងកំរិតដូសឡើងវិញដោយសុវត្ថិភាពបន្ទាប់ពីការព្យាបាល ២សប្តាហ៍ ដោយសារការបង្កើនសមត្ថភាពថ្លើមក្នុងការធ្វើមេតាបូលីស ឱសថ NVP ។

បើអ្នកជំងឺបានផ្លាស់ប្តូរពីការប្រើឱសថ EFV នៃរូបមន្តព្យាបាលដំបូង ឬ អ្នកជំងឺធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយ rifampicin យ៉ាងតិច ២សប្តាហ៍ សមត្ថភាពនៃការធ្វើមេតា

ប្លូលីសរបស់ថ្លើមបានកើនឡើង ដូច្នេះ មិនចាំបាច់បន្ថយកំរិតដូសនាំមុខ ( Lead in dosing) ចំពោះឱសថ NVP ទេ។ សូមមើលតារាងទី៨ អំពីវិធីសាស្ត្រប្រើកំរិតដូសនាំមុខ( Lead in dosing)។

ការកំណត់កំរិតដូសឱសថ NVP ក្នុងកំឡុង២សប្តាហ៍ដំបូង អាចមានបញ្ហាដោយសារត្រូវមានថ្នាំគ្រាប់ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា, ការផ្សំឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា និងការផ្សំឱសថបីមុខបញ្ចូលគ្នា។ ឱសថ NVP អាចប្រើក្នុងកំរិតដូសពេញលេញនៃឱសថដែលមានកំរិតដូសរួមគ្នា (fixed dose combinations) ក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ក្រោយ ប្រសិនបើមិនមានប្រតិកម្ម ឬ ព្រឹត្តិការណ៍អាក្រក់បានកើតឡើងនោះទេ។ ឱសថដែលមានកំរិតដូសរួមគ្នា (fixed dose combinations) នៅតែជាជំរើសមួយក្នុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រយៈពេលយូរ ដើម្បីកាត់បន្ថយការលេបថ្នាំច្រើនគ្រាប់ពេក (pill burden) និងធ្វើអោយប្រសើរឡើងនូវការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence) ។

ឱសថពីរមុខរួមបញ្ចូលគ្នា (FDC) ដែលមាននៅប្រទេសកម្ពុជាយើងគឺ៖

- Zidovudine + Lamivudine (AZT + 3TC)
- Stavudine + Lamivudine (d4T + 3TC)

ឱសថបីមុខរួមបញ្ចូលគ្នាដែលមាននៅប្រទេសកម្ពុជាគឺ៖

- Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine (AZT + 3TC + NVP)
- Stavudine + Lamivudine + Nevirapine (d4T + 3TC + NVP)

**តារាងទី៨ នឹងពិពណ៌នាអំពីវិធីសាស្ត្រចំពោះអ្នកជំងឺធ្លាប់បានព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេងដើម្បីកំណត់កំរិតដូសនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលដំបូងដែលមានឱសថ NVP។**

## តារាងទី៨: កំរិតដូសនាំមុខនៃឱសថ NVP នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងធ្លាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង*

| ប្រវត្តិព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងព្យាបាលជំងឺរបេង | សប្តាហ៍ ០ – ២ | | ក្រោយពី ២ សប្តាហ៍ |
|---|---|---|---|
| ការព្យាបាលដោយឱសថ ប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះអ្នកជំងឺព្យាបាលលើកដំបូង (ARV Naïve) | ព្រឹក | NVP ២០០មក្រគ្រាប់សំប៉ែត និង ឱសថក្រុម NRTIs ផ្សេងទៀត ដែលជាផ្នែកមួយនៃ FDC (AZT+3TC ឬd4T+3TC) | NVP ដែលជាឱសថមួយនៃឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ |
| | ល្ងាច | ឱសថ២មុខ (FDC) (AZT+3TC ឬ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | d4T+3TC) | |
| ប្ដូរពីរូបមន្តកំពុងព្យាបាល ទៅប្រើ EFV | NVP ដែលជាឱសថមួយនៃឱសថរួម បញ្ចូលគ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ | | NVP ដែលជាឱសថមួយនៃឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ |
| កំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង ដោយប្រើ rifampicin យ៉ាង ហោចណាស់រយៈពេល ២សប្តាហ៍។ | NVP ដែលជាឱសថមួយនៃឱសថរួម បញ្ចូលគ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ | | NVP ដែលជាឱសថមួយនៃឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា ៣មុខ (FDC) ដោយលេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ |

* ប្រសិនបើមិនមានឱសថរួមបញ្ចូលគ្នា ២ ឬ៣មុខ សំរាប់ជ្រើសរើសក្នុងរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេនោះ គឺត្រូវប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មួយមុខៗវិញ (individual ARV tablets) ។

ដោយបន្ថែមពីលើកំរិតដូសឱសថ NVP នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលអោយបានសមស្រប, អ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើឱសថ NVP ត្រូវតាមដាននូវការលេចឡើងជំងឺរលាកថ្លើមក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាលដោយឱសថ NVP រយៈពេល ៤ខែដំបូង។ ត្រូវតាមដានមុខងារថ្លើម រៀងរាល់២សប្តាហ៍ម្តងនៅក្នុងខែដំបូង បន្ទាប់មក១ខែម្តងនៅខែទី២, ទី៣ និងទី៤នៃការព្យាបាលដោយឱសថNVP។ ប្រសិនបើ AST/ALT លើសពី ៥ ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតាចំពោះអ្នកជំងឺដែលគ្មានផ្ទៃពោះ សូមមើលគំនូសបំព្រួញទី៣។ ប្រសិនបើ AST/ALT លើសពី ២ ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតាចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ សូមសួរយោបល់ពីអ្នកជំនាញ អំពីកំរិតដូសឱសថ NVP នៅពេលមានជំងឺរលាកថ្លើមពេលកំពុងមានផ្ទៃពោះ។

## ៥-២ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរបេង

- ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេងភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ថាមានជំងឺរបេងរួមជាមួយនឹងការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថ cotrimoxazole ដោយមិនគិតពីចំនួនកោសិកា CD4 ។
- ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ភ្លាមៗ ក្រោយពីការព្យាបាលជំងឺរបេងបាន២សប្តាហ៍។ ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលក្នុងរយៈពេលសមស្របមួយដើម្បីធ្វើការវាយតំលៃប្រតិកម្មនៃឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង និងការព្យាបាល

បង្ការដោយប្រើឱសថ cotrimoxazole ដែលជួយក្នុងការកាត់បន្ថយអត្រាឈឺ និងអត្រាមរណ:ភាព។

ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺមានភាពស្មុគស្មាញដោយសារការប្រើឱសថ Rifampicin ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេង។ ជាបឋម ឱសថ Rifampicin មានអន្តរកម្មជាមួយឱសថក្នុងក្រុម NNRTI និងក្រុម PI ប៉ុន្តែ គ្មានអន្តរកម្មជាមួយក្រុម NRTI ទេ។ អន្តរកម្មរវាង rifampicin និងឱសថក្រុម NNRTI និងក្រុម PI បណ្តាលមកពី rifampicin បានបង្កើនសកម្មភាពរបស់ប្រព័ន្ធអង់ស៊ីមថ្លើម cytochrome P450 (3A4) ដែលធ្វើមេតាបូលីសឱសថ lopinavir, nevirapine, និងអាចធ្វើមេតាបូលីសដល់ឱសថ Efavirenz ផងដែរ។ Rifampicin ធ្វើអោយកំរិតឱសថទាំងអស់នេះនៅក្នុងឈាមថយចុះ។ ផ្ទុយទៅវិញ ឱសថក្នុងក្រុម PIs និង NNRTIs ក៏អាចបណ្តាលអោយមានការប្រែប្រួលប្រព័ន្ធសកម្មភាពអង់ស៊ីមនេះ ដែលនាំអោយមានការប្រែប្រួលកំរិត Rifampicin នៅក្នុងឈាមវិញដែរ។ សក្តានុពលនៃអន្តរកម្មរវាងឱសថនេះ អាចបណ្តាលអោយមានភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ឬ បរាជ័យនៃការព្យាបាលជំងឺរបេង ឬ បង្កើនភាពពុលឱសថខ្លាំងក្លា ។

ទោះបីជា Rifampicin បានបន្ថយកំរិតដូសឱសថ EFV នៅក្នុងឈាមក៏ដោយ ក៏ការសិក្សាជាច្រើនបានផ្តល់យោបល់ថា កំរិតលំហូរនៃឱសថនេះនៅក្នុងឈាម (trough levels) នៅតែរក្សាបានក្នុងកំរិតព្យាបាល (therapeutic ranges) ដោយប្រើ Efavirenz ក្នុងកំរិតដូសធម្មតា ។ ដោយសារហេតុផលនេះ គេមិនចាំបាច់ធ្វើការកែប្រែកំរិតដូស Efavirenz ដែលនាំអោយ Efavirenz ជាឱសថ ជំរើសមួយនៃក្រុម NNRTI ក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេងដែលកំពុងប្រើឱសថ rifampicin។ មិនត្រូវប្រើឱសថ EFV ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១ទេ។

ប្រសិនបើប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន LPV/r ត្រូវបង្កើនកំរិតដូស LPV ឬ ritonavir ដើម្បីរក្សាកំរិត LPV អោយស្ថិតនៅក្នុងកំរិតព្យាបាល (therapeutic levels)។ ដោយសារ Ritonavir រារាំងអង់ស៊ីម CYP 3A4, គឺត្រូវបង្កើនកំរិត lopinavir "boost" នៅក្នុងឈាមនៅពេលណាដែលប្រើឱសថទាំងពីរនេះជាមួយគ្នា។ LPV/r ត្រូវប្រើក្នុងកំរិតដូស ៤០០មក្រ/៤០០មក្រ (ប្រើ២គ្រាប់ ២០០/៥០មក្រ និងប្រើ ៣គ្រាប់ RTV ១០០មក្រ) លេប ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ក្នុងករណីដែលមិនមានឱសថ RTV គ្រាប់តូច, អ្នកផ្តល់សេវាអាចប្រើកំរិតដូសប្រចាំថ្ងៃទ្វេដង (double standard daily dose) នៃ LPV/r និងប្រើក្នុងកំរិតដូស ៨០០មក្រ/២០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។

NVP មិនត្រូវប្រើជាទូទៅក្នុងការព្យាបាលជំងឺរបេងទេ ព្រោះវាបណ្តាលអោយពុលថ្លើមដូចគ្នានឹងការព្យាបាលជំងឺរបេងស្ទង់ជាផងដែរ ព្រោះវាមានអន្តរកម្មជាមួយនឹង Rifampicin។ ទោះបីជាយ៉ាងនេះក្តី ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនអាចប្រើ (contraindication) ឬ ទ្រាំទ្រនឹងឱសថ EFV បានត្រូវប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមានឱសថ NVP នៅពេលកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេង។ ត្រូវប្រើ NVP

ក្នុងកំរិតដូសស្តង់ដា ដោយមិនចាំបាច់បន្ថយកំរិតដូសក្នុងដំណាក់កាលដំបូងទេ (lead in period) ព្រោះប្រព័ន្ធអង់ស៊ីម cytochrome P450 របស់ថ្លើមបានកាត់បន្ថយដោយ Rifampicin រួចហើយ និងត្រូវតាមដានមុខងារថ្លើមរៀងរាល់២សប្តាហ៍ម្តង ក្នុងដំណាក់កាលនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេងដោយ Rifampicin។ ត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ បើអ្នកផ្តល់សេវាមានសំណួរ ឬ អ្នកជំងឺមានមុខងារថ្លើមកាន់តែអាក្រក់ទៅ។

**ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវអានឧបសម្ព័ន្ធទី៣ និងគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងនិងព្យាបាល ការបង្ករោគរួមគ្នារវាងជំងឺរបេង/អេដស៍ ឆ្នាំ ២០០៩ និងការវាយតំលៃអន្តរកម្មរវាងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងឱសថដែលប្រើក្នុងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងការព្យាបាលជំងឺរបេង។**

អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយ EFV ក្នុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវប្តូរមកប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន NVP វិញ ក្រោយពេលបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេង លើកលែងតែករណីដែលមិនអាចប្រើ NVP បាន (contraindication)។ អ្នកជំងឺដែលប្រើ EFV មិនបាច់ប្រើកំរិតដូសទាបនៅពេលដែលប្តូរមកប្រើ NVP ទេ។ ត្រូវតាមដានអ្នកជំងឺដោយយកចិត្តទុកដាក់ដើម្បីស្វែងរកប្រតិកម្ម hypersensitivity និងលេចចេញស្នាមកន្ទួលលើស្បែកអាចកើតឡើងនៅពេលផ្លាស់ប្តូរឱសថ។

## *៥-៣ អ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រួមគ្នា*

- មេរោគអេដស៍ធ្វើអោយមានការផ្លាស់ប្តូរការវិវត្តន៍ជាធម្មជាតិ នៃការបង្ករោគរលាកថ្លើមប្រភេទB ដែលបណ្តាលអោយមានការវិវត្តន៍ទៅរកជំងឺថ្លើមធ្ងន់ធ្ងរក្នុងអត្រាខ្ពស់ ក្នុងចំណោមអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទBរួមគ្នា។ វត្តមាននៃមេរោគអេដស៍ ជំរុញអោយការវិវត្តទៅរកជំងឺក្រិនថ្លើម (cirrhosis) និងមហារីកថ្លើម (hepatocarcinoma) មានអត្រាខ្ពស់ ដែលបណ្តាលមកពីមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B បានបំបែកខ្លួនឆាប់រហ័ស ។ ផលប៉ះពាល់នៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B មកលើការវិវត្តន៍ធម្មជាតិនៃមេរោគអេដស៍វិញមិនត្រូវគេបានដឹងទេ។
- ការពុលថ្លើមដោយសារឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍កើនឡើងប្រហែល៣ដង លើអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប៉ុន្តែរោគសញ្ញានៃការរលាកថ្លើម មិនសូវជួបប្រទះញឹកញាប់ទេ គឺប្រមាណ ១ ទៅ ២%ប៉ុណ្ណោះ។
- ត្រូវចៀសវាងការប្រើឱសថ NVP ក្នុងការព្យាបាលអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅពេលដែល AST/ALT ច្រើនជាង ៥ ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា។

- ឱសថ 3TC និង TDF មានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។ ការសិក្សាថ្មីនេះបានបញ្ជាក់ថា ការប្រើឱសថទាំងពីរនេះរួមគ្នាក្នុងរូបមន្តព្យាបាលធ្វើអោយការឆ្លើយតបទៅនឹងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B មានភាពប្រសើរឡើងចំពោះអ្នកជំងឺក្រិនថ្លើមដែលបណ្តាលមកពីមេរោគនេះ។
- នៅពេលដែល AST/ALT ច្រើនជាង ៣ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា និងមិនមានមូលហេតុបញ្ជាក់ច្បាស់លាស់ថា បណ្តាលមកពីការពុលថ្លើមដោយឱសថ (fluconazol, NVP, ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគរបេង...) ត្រូវធ្វើតេស្តរកការបង្ករោគរួមគ្នាជាមួយមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B នៅកន្លែងដែលអាចធ្វើតេស្តនេះបាន (HBsAg, anti-HBc, or anti-HBs)។ បច្ចុប្បន្ននេះ មន្ទីរពិសោធន៍នៅវិទ្យាស្ថានប៉ាស្ទ័រអាចធ្វើតេស្តរក DNA របស់មេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B បាន។ នៅតាមមន្ទីរពេទ្យបង្អែកភាគច្រើន អាចធ្វើបានតែតេស្តអង់ទីហ្សែននៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ក៏ប៉ុន្តែតេស្តនេះគ្រាន់តែអាចបញ្ជាក់ថា អ្នកជំងឺមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទរ៉ាំរ៉ៃតែប៉ុណ្ណោះ។
- បើតេស្តអង់ទីហ្សែនមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B អវិជ្ជមាន អ្នកជំងឺមិនមានមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ទេនោះ ឬ អ្នកជំងឺមានភាពស៊ាំប្រឆាំងនឹងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ដូច្នេះអ្នកជំងឺអាចទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍តាមរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ស្តង់ដា (សូមអានជំពូកទី៥)។

ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ មានពីរប្រភេទ គឺជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទរ៉ាំរ៉ៃ <u>**អសកម្ម**</u> និង ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ <u>**សកម្ម**</u>។

- អ្នកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ <u>**អសកម្ម**</u> គឺមាន៖
  - o តេស្តអង់ទីហ្សែននៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B វិជ្ជមាន និងAST/ALT តិចជាង ៣ ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា តាមរយៈការធ្វើតេស្តនៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺចំនួន ២ដង ឃ្លាតពីគ្នា៣ខែម្តង ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បាន៦ខែ។
  - o អ្នកជំងឺទាំងនេះ ត្រូវការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍តាមរូបមន្តស្តង់ដា បើចំនួនកោសិកា CD4 ≤ ៣៥០ កោសិកា/មម$^{៣}$ ដោយដាក់បញ្ចូលតែឱសថ 3TC (សូមអានជំពូកទី៥)។
- អ្នកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រ៉ាំរ៉ៃ <u>**សកម្ម**</u> គឺមាន៖
  - o តេស្តអង់ទីហ្សែននៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B វិជ្ជមាន និង AST/ALT ច្រើនជាង ៣ ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា តាមរយៈការធ្វើតេស្តនៅពេលមក

ពិគ្រោះជំងឺបន្តបន្ទាប់គ្នា ចំនួន ២ដង ឃ្លាតពីគ្នា ៣ខែម្តង ក្រោយពីការចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បាន ៦ខែ។

- **អ្នកជំងឺទាំងអស់ ត្រូវប្តូររូបមន្តព្យាបាលទៅប្រើឱសថ 3TC+TDF+EFV ។**

ក្នុងករណីដែលអ្នកជំងឺមានតេស្តអង់ទីហ្សែន នៃមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ហើយតេស្ត AST/ALT ច្រើនជាង ៣ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា តាមរយៈការធ្វើតេស្តនៅពេលមកពិគ្រោះជំងឺបន្តបន្ទាប់គ្នា ចំនួន២ដង ឃ្លាតពីគ្នា ៣ខែម្តង ក្រោយរយៈពេល ៦ខែ នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺ អ្នកជំងឺមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B សកម្ម។

អ្នកជំងឺដែលមានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B អសកម្ម ឬ សកម្ម ត្រូវជៀសវាង ឬ កាត់បន្ថយការផឹកសុរា ហើយត្រូវទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សា អំពីការប្រឈមមុខនៃការចំលងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ទៅអ្នកដទៃ។

ជៀសវាងបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ណាមួយ ដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ពីព្រោះវាអាចបណ្តាលអោយមុខងាររបស់ថ្លើមកាន់តែចុះខ្សោយ (hepatitis flare)។

នៅពេលដែលអ្នកជំងឺអេដស៍បង្ករោគជាមួយគ្នាជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B បណ្តាលអោយមានការរលាកថ្លើមកាន់តែខ្លាំង អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញ។ អ្នកជំងឺអេដស៍មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B រួមគ្នា អាចបណ្តាលមកពីៈ

- បញ្ឈប់ការប្រើឱសថក្នុងក្រុម NRTI ដែលមានសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B (3TC ឬ TDF),
- ភាពប្រសើរឡើងវិញនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ដោយសារការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (មាន ឬ គ្មាន 3TC ឬ TDF),
- ភាពពុលថ្លើមបង្កដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ឬបង្កដោយឱសថព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម (fluconazole, ឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង...), ឬ
- លេចឡើងនូវភាពស៊ាំជាមួយមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ជាមួយក្រុមឱសថ NRTI (ពិសេស 3TC )។

## ៥-៤ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

- ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ នៅពេលមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ (ចំនួនកោសិកា CD4 < ៣៥០ កោសិកា/មម³) និងបន្តការព្យាបាលក្រោយពេលសំរាលកូនរួច។
- រីឯស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមិនមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (ចំនួនកោសិកា CD4 > ៣៥០ កោសិកា/មម³) គឺត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើឱសថបីមុខ "triple drug" ចាប់ពីសប្តាហ៍ទី១៤ នៃគភ៌ ដូចបានចែងក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ឆ្នាំ ២០១០ (សូមអានឧបសម្ព័ន្ធទី៧ អំពីការសង្ខេបនៃការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍សំរាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលមិនទាន់គ្រប់លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ក្នុងការចាប់ផ្តើមកព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍)។

អនុសាសន៍នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងកំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ គឺ AZT+3TC+ NVP ។ មានការកើនឡើងនៃការប្រឈមមុខនៃការរលាកថ្លើមពេលប្រើ NVP (NVP-induced hepatitis) ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ២៥០-៣៥០ កោសិកា/មម³ ។ អ្នកជំងឺទាំងអស់នេះត្រូវចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយប្រើ NVP ហើយតាមដានតេស្តមុខងារថ្លើម រៀងរាល់ ២សប្តាហ៍ម្តង នៅខែទី១ និងរៀងរាល់ ៤សប្តាហ៍ម្តង នៅខែទី២, ទី៣ និងទី៤ នៃការព្យាបាល។

ឱសថ EFV គឺជាឱសថសំរាប់ប្រើឆ្លាស់គ្នាជាមួយនឹងឱសថ NVP ប៉ុន្តែមិនត្រូវប្រើឱសថ EFV ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនៅត្រីមាសទី១ទេ ព្រោះអាចបណ្តាលអោយប៉ះពាល់ដល់ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទទារក (neural tube defects)។ EFV អាចប្រើបានដោយសុវត្ថិភាព នៅត្រី មាសទី២ និងទី៣ នៃគភ៌។

ក្នុងករណីដែលអ្នកផ្តល់សេវា មានសំណួរទាក់ទងនឹងការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលអោយសមស្របសំរាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ។ ចំណុចខាងក្រោមនេះ គឺជាជំរើសមួយសំរាប់អ្នកផ្តល់សេវា លើកមកពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ នៅពេលជួបប្រទះកាលៈទេសៈពិសេសៗកើតឡើងក្នុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ៖

- បើ AST/ALT ច្រើនជាង ៥ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា៖

- o ត្រីមាសទី១នៃគភ៌ ត្រូវប្តូរទៅ AZT+3TC+TDF បន្ទាប់មកប្តូរទៅ AZT+3TC+EFV នៅត្រីមាសទី២នៃគភ៌
  - o ត្រីមាសទី២ ឬទី៣ ប្តូរទៅ AZT+3TC+EFV
- បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ មិនអាចប្រើ NVP បាន ដោយសារស្នាមកន្ទួលលើស្បែកក្លាយជាធ្ងន់ធ្ងរ៖
  - o ត្រីមាសទី១នៃគភ៌ - ប្តូរទៅ AZT+3TC+TDF, បន្ទាប់មកប្តូរទៅ AZT+3TC+EFV នៅត្រីមាសទី២ នៃគភ៌
  - o ត្រីមាសទី២ ឬទី៣នៃគភ៌ – ប្តូរទៅ AZT + 3TC + EFV
- បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមិនអាចប្រើ (contraindication) EFV និង NVP បានទេនោះ ទោះបីជាផ្ទៃពោះស្ថិតនៅត្រីមាសទីប៉ុន្មានក៏ដោយ ត្រូវប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលដោយ LPV/r
- បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះមិនអាចប្រើ AZT និង d4T បាន, ត្រូវប្រើ TDF ជំនួសវិញ។ សុវត្ថិភាពនៃ TDF ក្នុងការបំបាត់សារធាតុរ៉ែពីក្នុងឆ្អឹង (bone demineralization) របស់ទារក គឺស្ថិតនៅជាទ្រឹស្តីបទនៅឡើយ បច្ចុប្បន្ន គេមិនសូវឃើញមានករណីនេះកើតឡើងនៅឡើយទេ។
- ស្ត្រីដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បន្ទាប់មកមានផ្ទៃពោះ ត្រូវបន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប៉ុន្តែ ត្រូវផ្លាស់រូបមន្តព្យាបាលអោយបានសមស្របតាមរយៈពេលនៃគភ៌ ដូចជា៖
  - o បើដឹងនៅក្នុងកំឡុង៨សប្តាហ៍នៃគភ៌ ហើយម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន EFV រួចហើយ ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP។
  - o បើដឹងនៅចន្លោះពី៨ទៅ១២សប្តាហ៍នៃគភ៌ ហើយម្តាយបានទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន EFV រួចហើយ ម្តាយត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលដែលមានEFV តទៅទៀត។
- ចំពោះស្ត្រីដែលធ្លាប់បានទទួលសេវា PMTCT កាលពីពេលមានផ្ទៃពោះលើកមុនក្នុងកំឡុងពេល ១២ខែ៖
  - o ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលក្នុងក្រុម NNRTIs បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនោះធ្លាប់ទទួលសេវា PMTCT នៅក្នុងទំរង់ដោយប្រើ NVP តែមួយកំរិតដូស ឬ បន្តប្រើ 3TC+AZT រយៈពេលយ៉ាងតិច ៧ថ្ងៃ។

- o បើស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទទួលសេវា PMTCT ដោយប្រើ NVP តែមួយកំរិតដូស ឬ បន្តប្រើ 3TC+AZT រយៈពេលយ៉ាងតិច៧ថ្ងៃ គាត់ត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន LPV/r ដោយសារតែមានការប្រឈមមុខខ្ពស់នឹងភាពស៊ាំជាមួយឱសថ ក្រុម NNRTIs ដែលបានប្រើក្នុង PMTCT ។

- ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ចំពោះការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence) នៅពេលកំពុងនិងក្រោយពេលមានផ្ទៃពោះ ពីព្រោះការលេបថ្នាំប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់អាចមានការលំបាកនៅកំឡុងពេលនេះ។ ការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ ទាំងសំរាប់សុខភាពម្តាយ និងជួយកាត់បន្ថយការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក ។

- ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ម្តាយ អំពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អំពីជំរើសនានាក្នុងការចិញ្ចឹមកូន ដូចមានចែងក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍លើកុមារឆ្នាំ ២០១១ និងគោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីកម្មវិធី PMTCT ឆ្នាំ ២០១០។
  - o ស្ត្រីដែលបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ហើយសំរេចចិត្តបំបៅដោះកូនដោយទឹកដោះម្តាយត្រូវបន្តប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍តទៅទៀត។

# ៦ បន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

## *៦-១ ការគាំទ្រអ្នកជំងឺអេដស៍ អោយលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (ARV adherence)*

- ការលេបថ្នាំប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គឺជាការលេបថ្នាំជាបន្តរហូត-ដោយមិនភ្លេចលេប ឬ ពន្យាពេលលេប និង ត្រឹមត្រូវតាមកំរិតដូសឱសថ គឺជាកត្តាដ៏សំខាន់ក្នុងការទទួលជោគជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍មិនបានត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់ (Poor adherence) តិចជាង ៩០% គឺបណ្តាលអោយការព្យាបាលទទួលបរាជ័យ ដែលនាំអោយមេរោគអេដស៍ស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ហើយកាត់បន្ថយនូវជំរើសផ្សេងៗនៃការព្យាបាល (reduced treatment options) និងបង្កើននូវតំលៃនៃការព្យាបាលផងដែរ ។ ទោះជា

យ៉ាងនេះក្តី ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ដោយត្រូវព្យាបាលអស់មួយជីវិត ជាការងារមួយដ៏លំបាក។ ជាក់ស្តែង គឺពុំមានអ្នកជំងឺណាម្នាក់អាចលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ១០០% អស់មួយជីវិតនោះបានទេ។

- ការវាយតំលៃពីការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់លើអ្នកជំងឺអេដស៍ម្នាក់ដោយមន្រ្តីសុខាភិបាល គឺបង្ហាញថាជាញឹកញាប់ពុំសូវបានអនុវត្តដោយសុក្រិតទេ។ ដូច្នេះ មន្រ្តីសុខាភិបាលត្រូវចំណាយពេលអោយបានច្រើនក្នុងការគាំទ្រដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ប្រសើរជាងការវាយតំលៃ។ មធ្យោបាយដ៏ល្អបំផុតសំរាប់គាំទ្រដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ត្រូវផ្តោតលើការដោះស្រាយនូវផលវិបាករបស់អ្នកជំងឺដែលកំពុងលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នេះ។ ត្រូវបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅចូលក្រុមគាំទ្រក្រុម ឬ មណ្ឌលមិត្តជួយមិត្ត (MMM) ដើម្បីលើកទឹកចិត្តគាត់អោយស្វែងយល់ពីមិត្តភ័ក្តិ អំពីបទពិសោធន៍នៃការលេបឱសថនេះ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ "adherence supporter" ហើយគប្បីបញ្ជូនពួកគាត់ទៅក្រុមថែទាំអ្នកជំងឺអេដស៍តាមផ្ទះនិងតាមសហគមន៍ ដែលជាផ្នែកមួយនៃគំរោងថែទាំព្យាបាល បន្ត។
- លើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺអេដស៍ ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់គាត់ វាមានសារៈប្រយោជន៍ ក្នុងការជួយពួកគាត់ អោយយល់ដឹងអំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍និងការព្យាបាល ព្រមទាំងអោយគាត់រកឃើញនូវឧបសគ្គនានាដែលរារាំងដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ហើយអាចរកមធ្យោបាយដើម្បីជំនះ នូវរាល់ឧបសគ្គទាំងអស់នោះ។ ក្រសួងសុខាភិបាលពុំអនុញ្ញាតអោយអនុវត្តវិធីសាស្រ្តដូត (ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្រោមការពិនិត្យផ្ទាល់ភ្នែក=DOT) ដោយចុះទៅផ្តល់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ផ្ទាល់ដល់អ្នកជំងឺនៅផ្ទះនោះទេ ពីព្រោះវាពុំមាននិរន្តភាពក្នុងរយៈពេលយូរ។ ការស្វែងយល់ពីគ្រោះថ្នាក់ និងផលប្រយោជន៍អំពីការបើកចំហាពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកជំងឺម្នាក់ៗ និងបង្កអោយមានការគាំទ្រពីមិត្តភ័ក្តិនិងក្រុមគ្រួសារ ព្រមទាំងកាត់បន្ថយការរើសអើង គឺជួយជំរុញអោយការ

លេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់មានភាពប្រសើរឡើង ។

- ត្រូវរកអោយឃើញ និងដោះស្រាយបញ្ហាទាក់ទងនឹងបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (mental health issues), ជាពិសេស ការធ្លាក់ទឹកចិត្ត (depression) និងអ្នកជំងឺដែលប្រើប្រាស់នូវសារធាតុដែលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ (harmful substances) ។
- កាត់បន្ថយជាអប្បបរិមា នូវចំនួនគ្រាប់ឱសថដែលត្រូវអោយអ្នកជំងឺលេបរាល់ថ្ងៃ។
- ផលប៉ះពាល់នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ធ្វើអោយថយចុះនូវការលេបឱសថនេះដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ លើកទឹកចិត្តអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយរាយការណ៍ពីរោគសញ្ញាថ្មីៗ ដែលកើតឡើងចំពោះពួកគាត់។ ពិនិត្យមើលផលប៉ះពាល់របស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យសុខភាព និងផ្តល់ការព្យាបាលអោយបានទាន់ពេល។ ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗហើយជួបប្រទះញឹកញាប់ គឺការចង្អោរ ក្អួត និងរាគរូស ហើយក្នុងរយៈពេលយូរ នឹងការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (lipoatrophy និង lipodystrophy)។
- បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយស្មគ្រ័ចិត្ត មិនត្រូវបានផ្តល់ជាអនុសាសន៍អោយអនុវត្តទេ ព្រោះបណ្តាលអោយកើតមាន seroconversion illness និងលេចចេញនូវជំងឺឱកាសនិយមមួយចំនួន ជាពិសេស ចំពោះអ្នកជំងឺទាំងឡាយណាដែលមានCD4ទាបខ្លាំង និងប្រឈមមុខខ្ពស់ជាមួយនឹងជំងឺមហារីកដែលមិនទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ (non-HIV associa ted cancers)។
- ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គឺចាំបាច់ត្រូវអនុវត្តក្នុងរយៈពេលយូរ ដូច្នេះ ត្រូវពិភាក្សាអំពីប្រធានបទនេះរាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យសុខភាព។

## ៦-២ គាំទ្រការផ្លាស់ប្តូរការប្រព្រឹត្ត និងការបើកចំហអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍

- ពេលវេលាដ៏សមស្រប ដើម្បីស្វែងរកនូវការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ គឺនៅរយៈពេល ២ ឬ ៣ខែ បន្ទាប់ពីការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ត្រូវផ្តល់ការអប់រំអំពីសារៈសំខាន់នៃការបង្ការជាវិជ្ជមាន (positive prevention messages) ស្របតាមនិយាមនៃបែបបទរបស់កម្មវិធីជាតិ ដោយសាកសួរអំពីការប្រព្រឹត្តផ្លូវភេទ ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ ការពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ផែនការនៃការមានផ្ទៃពោះ និងការប្រើមធ្យោបាយពន្យាកំណើត។ ត្រូវគាំទ្រ អោយអនុវត្តសុវត្ថិភាពផ្លូវភេទជារៀងរហូត។

- ត្រូវពង្រឹងការអប់រំអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ និងអ្នកជំងឺអេដស៍ដោយផ្តោតលើៈ
    - មិនត្រូវផ្តល់ឈាម ឬ សារៈធាតុរាវនៃសារពាង្គកាយទៅអ្នកដទៃ
    - មិនត្រូវអោយអ្នកដទៃប្រើប្រាស់ម្ជុល ឬ វត្ថុមុតស្រួចដែលប្រើក្នុងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសំរាប់ព្យាបាល ឧបករណ៍សាក់ទំលុះស្បែក ឬម្ជុលចាក់គ្រឿងញៀនដែលខ្លួនបានប្រើរួចហើយនោះទេ។
- ស្វែងរកផលលំបាក និងផលចំណេញដោយសារការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ចំពោះនរណាម្នាក់ រួមទាំងដៃគូរួមភេទរបស់គេផងដែរ។ ការបើកចំហពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍ គឺជាការផ្តល់ការគាំទ្រដ៏ធំធេងដល់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងអ្នកជំងឺអេដស៍ ប៉ុន្តែករណីនេះ ត្រូវមានតុល្យភាពជាមួយនឹងការប្រឈមមុខនឹងការរើសអើង ឬ មើលងាយទៅថ្ងៃមុខ។

## *៦-៣ តាមដានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍*

អ្នកជំងឺទាំងអស់ដែលចាប់ផ្តើម និងកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវមកពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យអំពីការលេបឱសថ និងបញ្ហាសុខភាពទូទៅតាមពេលដូចខាងក្រោមៈ

- ២សប្តាហ៍ បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍
- រៀងរាល់ខែ រហូតដល់អ្នកជំងឺយល់ច្បាស់ អំពីឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងពិភាក្សាអំពីការលេបឱសថអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងស្ថានភាពជំងឺមានលំនឹងផ្នែកគ្លីនិក និងភាពស៊ាំ។
- បន្ទាប់មក យ៉ាងតិចរៀងរាល់ ៣ខែម្តង ដើម្បីមកទទួលឱសថ និងពិភាក្សាអំពីការលេបឱសថអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងពិនិត្យរកមើលការលេចចេញរោគសញ្ញាថ្មី ។

សូមសង្កត់ធ្ងន់ក្នុងការពន្យល់អ្នកជំងឺ ដែលកំពុងលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ អោយយល់ពីសារៈសំខាន់នៃការរាយការណ៍អំពីរោគសញ្ញាថ្មីៗអោយបានឆាប់រហ័ស។ គ្រូពេទ្យត្រូវសាកសួរ និងពិនិត្យរកមើលរោគសញ្ញាកើតមានថ្មីៗរាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យសុខភាព។

- ពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរករោគសញ្ញាជំងឺរបេង រាល់ពេលអ្នកជំងឺមកពិនិត្យសុខភាពស្របតាមយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is ដែលបានរៀបរាប់ក្នុងគំនូសបំព្រួញ ស្តីពីការពិនិត្យសុខភាពស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង (សូមអាននិយាមនៃបែបបទសំរាប់អនុវត្តយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is ) និងអនុវត្តតាមគំនូសបំព្រួញ ស្តីពី ករណីសង្ស័យថាមានជំងឺរបេងសំរាប់ករណីរកឃើញថា មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកវិជ្ជមាន។

កំណាត់បញ្ជាក់ថា រោគសញ្ញាកើតឡើងថ្មីៗនេះអាចបណ្តាលមកពីៈ

- ជំងឺកើតមានថ្មី រួមមាន ជំងឺឱកាសនិយមថ្មី
- ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ
- ចង្កោមរោគសញ្ញានៃការស្តារឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (Symptoms of Immune reconstitution) (សូមអានជំពូកទី៦-៧)។
- ធ្វើតេស្តអមវិជ្ជសាស្ត្រជាប្រចាំដើម្បីតាមដាន (សូមអានតារាងទី៩)។ ត្រូវពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្ថែមទៀត នៅពេលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកចាំបាច់។

## តារាងទី៩: អនុសាសន៍នៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ ជាប្រចាំដើម្បីតាមដានក្នុងពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

| តេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ | ត្រូវធ្វើជាចាំបាច់ | ធ្វើក្នុងករណីចាំបាច់ |
|---|---|---|
| តេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 | ត្រូវធ្វើតេស្តរាល់ ៦ខែម្តង | ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក |
| តេស្ត AST/ALAT | បើប្រើ NVP, INH, ព្យាបាលជំងឺរបេងក្នុងរយៈពេល២-៤ ខែដំបូងនៃការព្យាបាល ឬ កំពុងមានផ្ទៃពោះដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ចន្លោះពី ២៥០-៣៥០ កោសិកា/មម³ | ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក |
| តេស្តបញ្ជាក់ថា មានផ្ទៃពោះ | បើប្រើ EFV | |
| តេស្ត CBC | នៅខែទី១ និង រៀងរាល់៣ខែម្តង បើប្រើ AZT | ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក |
| ថតសួតដោយ X-ray | បើធ្វើការវាយតំលៃការស្រាវជ្រាវរកជំងឺរបេង (សូមអាននិយាមនៃបែបបទនៃយុទ្ធសាស្ត្រ 3Is) | ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក |
| តេស្ត Viral Load | ក្រោយ២៤ខែនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍, បន្ទាប់មករៀងរាល់១២ខែម្តង ឬ ធ្វើការវាយតំលៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល | |
| តេស្ត Creatinine | ធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ៣-៦ ខែម្តង បើប្រើ TDF | ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក |
| តេស្ត Phosphate | | ធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ៣-៦ ខែម្តងបើប្រើTDF (ដើម្បីស្វែងរកជំងឺ បង្ហូរតំរងនោមឬ ចង្កោមរោគ សញ្ញា |

| | | |
|---|---|---|
| | | Fanconi) |
| តេស្ត Amylase | | ករណីមានសញ្ញាគ្លីនិក |
| តេស្ត Lipids | | ធ្វើតេស្តរៀងរាល់ ១២ ខែម្តង ប្រសិនប្រើ d4T, EFV ឬ PI |
| តេស្ត Hepatitis B Surface Ag and Antibody | បើ AST/ALT ច្រើនជាង ៣ ដងនៃតំលៃកំរិតធម្មតា ឬដើម្បីតាមដាន ការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែន HBV ដែលធ្លាប់វិជ្ជមានពីមុន ។ | បើ AST/ALT តិចជាង ៣ ដងនៃតំលៃកំរិតធម្មតាឬ ករណីមានរោគសញ្ញាគ្លីនិក។ |

## ៦-៤ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម

បើទោះបីជាការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ទទួលបានលទ្ធផលល្អក៏ដោយ ក៏ជំងឺឱកាសនិយមនៅតែអាចកើតមាន (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការបង្ការ និងការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម លើមនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ឆ្នាំ ២០១១)។ ការកើតឡើងជំងឺឱកាសនិយមអាចបញ្ជាក់ថា ការព្យាបាលទទួលបរាជ័យ (សូមអានជំពូកទី៨) និងត្រូវធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ពី ភាពស៊ាំ និងតេស្តវីរុសសាស្ត្រ។

## ៦-៥ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

ផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ ជាទូទៅ តែងកើតមាននៅក្នុងរយៈពេលពី ២-៣ សប្តាហ៍ដំបូង ជាទូទៅមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ និងអាចធូរស្រាលវិញ រយៈពេលប្រហែលមួយខែក្រោយ។ ផលប៉ះពាល់អាចកើតមានគ្រប់ពេល និងអាចមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ផងដែរ។ សូមអានតារាងទី១០ អំពីផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលតែងតែជួបប្រទះជាញឹកញាប់ និងតារាងទី២០អំពីការផ្តល់យោបល់អំពីការបង្ការនិងការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

**តារាងទី១០: ផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលកើតឡើងជាញឹកញាប់**

| ឱសថ និង ក្រុមឱសថ | ចំណាត់ថ្នាក់នៃផលប៉ះពាល់របស់ឱសថនិមួយៗ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ស្បែក | ឈាម | ប្រដាប់រំលាយអាហារ | ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ | ផ្សេងៗ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Zidovudine (ZDV or AZT) | | - ស្លេកស្លាំង<br>- ថយចុះគ្រាប់ឈាមស | ចង្អោរ (ញឹកញាប់) | - ឈឺក្បាល(ញឹកញាប់)<br>- ជំងឺសាច់ដុំ<br>- ជំងឺបេះដូង | |
| Stavudine (d4T) | | | - រលាកលំពែង (កំរ)<br>- ពុលថ្លើម | -រលាកសរសៃប្រសាទសើស្បែក Guillain-Barre like syndrome | - បាត់បង់ជាតិខ្លាញ់<br>- ឡើងជាតិអាស៊ីតឡាក់ទិក |
| Lamivudine (3TC) | | ថយចុះគ្រាប់ឈាមស (កំរ) | រលាកលំពែង (កំរ) | -រលាកសរសៃប្រសាទសើស្បែក (កំរ)<br>-ឈឺក្បាល (មិនសូវញឹកញាប់) | មិនសូវមានផលប៉ះពាល់ |
| Didanosine (ddI) | | | រលាកលំពែង រាគរុស ចង្អោរ ក្អួត ឈឺពោះ | រលាកសរសៃប្រសាទសើស្បែក (Peripheral neuropathy ) | អាស៊ីតឡាក់ទិក |
| Abacavir (ABC) | | | | | ប្រតិកម្ម (Hypersensitivity s[d]) |
| Tenofovir (TFV or TDF) | | | | | មិនសូវមានផលប៉ះពាល់ធំដុំទេ, អាចមានរាគរុសម្តងម្កាល, Tubulolpathy (Fanconis[d]) |
| Nevirapine (NVP) | កន្ទួលស្បែក | | រលាកថ្លើម | | ប្រតិកម្ម (Hypersensitivity s[d]) |
| Efavirenz (EFV) | កន្ទួលស្បែក | | រលាកថ្លើម | រលាកប្រពន្ធ័សរសៃប្រសាទញឹកញាប់ * | Teratogenicity |
| Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) | | | រាគរូស | ស្ពឹក | ឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម |

*រួមមាន ភាពធឹងធោង, ឈឺក្បាល, សំរាន្តមិនលក់, ធ្លាក់ទឹកចិត្តខ្លាំង, បាត់បង់ការផ្តោតអារម្មណ៍, អន្ទះអន្ទែង, សុបិន្តអាក្រក់, ចង់ធ្វើអត្តឃាត, វង្វេងវង្វាន់ ។

## ៦.៦ ផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារផល ប៉ះពាល់:

ករណីជាច្រើនដែលត្រូវផ្អាក ឬ បញ្ឈប់ការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារមិនអាចទ្រាំទ្របាន (Intolerance) ឬដោយសារផលប៉ះពាល់ណាមួយ។ នៅពេលដែលឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ណាមួយត្រូវបានបញ្ឈប់ ឬផ្អាក គេត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ដោយមិនត្រូវអោយកំរិតដូសនៃឱសថស្ថិតនៅក្រោមកំរិតព្យាបាល (Sub-Therapeutic Levels) ទេ អាចបណ្តាលអោយមេរោគអេដស៍នឹងស៊ាំជាមួយឱសថ ។

- ក្នុងករណីចាំបាច់ ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលជាបណ្តោះអាសន្ន ឬប្តូរ NVP ឬ EFV តែមួយមុខ, ត្រូវបន្តប្រើឱសថផ្សេងទៀតក្នុងក្រុម NRTIs រយៈពេល ៧ ថ្ងៃ បន្ទាប់ពី NVP ឬ EFV ត្រូវបានបញ្ឈប់ពីព្រោះ រយៈពេលដែល NVP/EFV បន្តនៅក្នុងឈាម (half-life) មានរយៈពេលវែងជាង NRTIs ។ ការអនុវត្តន៍វិធីសាស្ត្រនេះ អាចជួយទប់ស្កាត់ការបង្កភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថក្នុងក្រុម NNRTIs នៅពេលអនាគត។
- ករណីមួយចំនួន, ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ត្រូវបញ្ឈប់ព្រមគ្នាក្នុងពេលតែមួយ នៅពេលអ្នកជំងឺអេដស៍ប្រឈមមុខនឹងផលប៉ះពាល់ក្នុងកំរិតទី៣ ឬទី៤ ដោយការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។
- ដើម្បីអោយយល់ច្បាស់អំពីបញ្ហានេះត្រូវមើលតារាងទី១១ និង ឧបសម្ព័ន្ធទី ២ ។

### តារាងទី១១: ការផ្លាស់ប្តូរឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយសារផលប៉ះពាល់ (ARV side effect)

| ឱសថ | ផលប៉ះពាល់ | ដំណោះស្រាយភ្លាមៗ | ដំណោះស្រាយពេលអនាគត |
|---|---|---|---|
| NRTI | ការផ្លាស់ប្តូរ-បាត់បង់ស្រទាប់ខ្លាញ់ (Lipoatrophy) | ពិចារណាក្នុងការប្តូរ NRTIs (d4T ឬ ddI ឬ AZT) ទៅ TDF | អាចប្រើឱសថទាំងនេះម្តងទៀតបាន ប៉ុន្តែ អាចនឹងធ្វើអោយការបាត់បង់ស្រទាប់ខ្លាញ់កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ។ |
| | ឡើងជាតិអាស៊ីតឡាក់ទិក (Lactic acidosis) | បញ្ឈប់ ARV ទាំងអស់, ផ្តល់ការគាំទ្រអ្នកជំងឺ, និងត្រូវប្តូរ NRTIs ទៅ TDF | ព្យាយាមជៀសវាងប្រើ AZT, d4T ឬ ddI ម្តងទៀត ។ |
| AZT | - ស្លេកស្លាំង | ត្រូវប្តូរ AZT ទៅ d4T | ជៀសវាងប្រើ AZT |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | (Hb<៨ក្រ/dl ធ្លាក់ចុះលើសពី ២៥%) | ឬ TDF | |
| | - ថយចុះគ្រាប់ឈាមស (neutrophils <៧៥០ កោសិកា/មម³) | ត្រូវប្តូរ AZT ទៅ d4T ឬ TDF | ជៀសវាងប្រើ AZT |
| d4T | -រលាកសរសៃប្រសាទសើស្បែក: មធ្យម-ធ្ងន់ធ្ងរ ( Moderate or Sever Peripheral neuropathy) | ត្រូវប្តូរ d4T ទៅ AZT ឬ TDF និងផ្តល់ការព្យាបាលតាមរោគ សញ្ញា ដោយប្រើ Amitriptyline និង Vitamin B6 ។ | ជៀសវាងប្រើ d4T |
| ddI | -ឡើងជាតិអាស៊ីតឡាក់ទិក<br>- រលាកលំពែង<br>-រលាកសរសៃប្រសាទសើស្បែក<br>- បាត់បង់ស្រទាប់ខ្លាញ់ | ត្រូវបញ្ឈប់គ្រប់ ARV បើឡើងជាតិអាស៊ីតឡាក់ទិក និងរលាកលំពែងមធ្យម (Amylasae>1.5x uln) ។ គាំទ្រអ្នកជំងឺរហូតដល់មានស្ថានភាពលំនឹង រួចប្តូរ ddI ទៅ NRTI ផ្សេងទៀត ក្រៅពី d4T ដូចជា TDF ។ ចំពោះផលវិបាកផ្សេងទៀត សូមមើលតារាងទី២០ ឬ រូបភាពទី១ | មិនត្រូវប្រើ ddI ទេ, ត្រូវពិចារណាប្តូរទៅNRTIs ផ្សេងទៀត ដូចជា TDF។ |
| | ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ (ប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ ៖ Teratogenicity ) | ត្រូវពិចារណាប្តូរទៅ TDF | អាចចាប់ផ្តើមប្រើ ddI ឡើងវិញ ក្រោយពេលសំរាលកូនរួច (After Pregnancy) ។ |
| TDF | ពុលតំរងនោម (Renal Tubular Dysfunction) | ប្តូរទៅ AZT | ជៀសវាងប្រើ TDF នៅពេលអនាគត ។ |
| ABC | - ប្រតិកម្ម Hypersensitivity Syndrome | ត្រូវប្តូរ ABC ទៅឱសថ ARV ផ្សេងទៀតអាស្រ័យទៅតាមប្រវត្តិនៃការប្រើឱសថ ARV ពីមុនមក | មិនត្រូវប្រើ ABC ម្តងទៀតទេ ព្រោះអាចមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ |
| NVP | - កន្ទួលស្បែក-ស្លូត: No Mucosal Involvement ឬ គ្រុនក្តៅ | បន្តប្រើ NVP ដោយរក្សាកំរិតដូសដដែល និងព្យាបាលដោយ Antihistamines | ប្រសិនបើស្នាមកន្ទួលលើស្បែករលប់បាត់វិញ និងអ្នកជំងឺប្រើកំរិតដូសទាបលើសពី ២ សប្តាហ៍, បង្កើនមកដល់កំរិត |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | ដូសស្តង់ដារវិញ បើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកើតឡើងវិញ ត្រូវប្តូរទៅ EFV ។ |
| | - កន្ទួលស្បែក: មធ្យម-ធ្ងន់ធ្ងរ (eg: bullae, "wet"), no mucosal involvement, មិនរាលដាល | ត្រូវប្តូរ NVP ទៅ EFV ក្រោយពី រោគសញ្ញាសើស្បែកបានរលប់បាត់ | មិនត្រូវប្រើ NVP ម្តងទៀតទេ ។ |
| | - កន្ទួលស្បែក: ធ្ងន់ធ្ងរដែលមានផលវិបាក ឬ គ្រុន [complicated (mucosal involvement or fever)] | បញ្ឈប់ប្រើគ្រប់ឱសថ ARV និង Cotrimoxazole និងចាប់ផ្តើមប្រើឡើងវិញនៅពេលស្ថានភាពគ្លីនិកមានលំនឹង ត្រូវប្តូរ NVP ទៅ PI ។ | មិនត្រូវប្រើ NVP ឬ EFV ម្តងទៀតទេ។ |
| | - រលាកថ្លើម | បើ AST/ALT ច្រើនជាង៥ដងនៃកំរិតតំលៃធម្មតា ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយ ART រហូតដល់ស្ថានភាពជំងឺត្រឡប់មកធម្មតាវិញ, បន្ទាប់មកត្រូវប្តូរ ពី NVP ទៅ EFV ភ្លាម។ | មិនត្រូវប្រើ NVP ម្តងទៀតទេ ។ |
| | - រលាកថ្លើម: ធ្ងន់ធ្ងរគំរាមកំហែងដល់ជិវិត | ផ្លាស់ប្តូរ NVP ទៅ PI | មិនត្រូវប្រើ NVP ឬ EFV ម្តងទៀតទេ ។ |
| EFV | ឥទ្ធិពលលើប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ-ធ្ងន់ធ្ងរ | ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP | ជៀសវាងប្រើ EFV |
| | -ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ: (ប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ: Teratogenicity ) | ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP បើអ្នកជំងឺមានផ្ទៃពោះទើបបាន ៨ សប្តាហ៍ | អាចប្រើ EFV ម្តងទៀតបានពេលដែលគ្មានផ្ទៃពោះ ។ |
| | - កន្ទួលស្បែក-ស្ងួត: (No Mucosal Involvement ឬគ្រុនក្តៅ) | ព្យាបាលដោយ Antihistamines។ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបង្កដោយ EFV អាចបាត់បង់ដោយឯកឯង ក្នុងរយ:ពេល ៣-៥ ថ្ងៃ ដោយមិន | មិនត្រូវប្រើ EFV សារជាថ្មីទេ បើមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយ NVP ត្រូវប្រើ PI កំរិតដូសខ្ពស់ (boosted PI) ។ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ចាំបាច់ផ្លាស់ប្តូរឱសថទេ ។ បើមិនមានភាពប្រសើរឡើងទេ ត្រូវប្តូរទៅ NVP ។ | |
| | - កន្ទួលស្បែក: មធ្យម-ធ្ងន់ធ្ងរ (eg bullae, "wet"), no mucosal involvement, មិនរាលដាល | ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ NVP | មិនត្រូវប្រើ EFV ជាសារជាថ្មីទេ បើមិនអាចទ្រាំទ្របានជាមួយ NVP ត្រូវប្រើ PI កំរិតដូសខ្ពស់ (boosted PI)។ |
| | - កន្ទួលស្បែក: ធ្ងន់ធ្ងរដែលមានផលវិបាក ឬ គ្រុន [complicated (mucosal involvement ឬ គ្រុនក្តៅ)] | ត្រូវប្តូរ EFV ទៅ boosted PI | មិនត្រូវប្រើ NVP រឺ EFVម្តងទៀតទេ ។ |
| LPV | ផលវិបាក Metabolic (លើសជាតិស្ករក្នុងឈាម-លើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ដោយមិនអាចគ្រប់គ្រងបាន។ | ត្រូវប្តូរ PI ទៅ non-PI បើមិនអាចគ្រប់គ្រងបាន | ជៀសវាងប្រើ PI ម្តងទៀត បើអាចធ្វើបាន ។ |

## ៦.៧ *ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលជំងឺមួយចំនួនដែលកើតឡើងក្រោយពីកើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ* **(IRIS)**

ចង្កោមរោគសញ្ញា (Symptoms) និងរោគសញ្ញាគ្លីនិក (Signs) នៃជំងឺជាច្រើនបានកើតឡើងនៅពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺបណ្តាលមកពីប្រតិកម្មរបស់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ នៅពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំត្រូវបានពង្រឹងដើម្បីប្រឆាំងទៅនឹងការបង្កជំងឺឱកាសនិយម និងលេចចេញជារោគសញ្ញាជាច្រើនដូចជា:

- ការប្រែក្លាយពីមិនមានរោគសញ្ញានៃជំងឺឱកាសនិយមពីមុនមក ទៅជាមានរោគសញ្ញា។
- បង្ហាញអោយឃើញថា រោគសញ្ញានៃជំងឺមួយចំនួនក្លាយជាធ្ងន់ធ្ងរ ទោះបីជាការព្យាបាលបានទទួលជោគជ័យក៏ដោយ។
- ប្រតិកម្ម Remnants ឬ អង់ទីហ្សែននៃជំងឺឱកាសនិយមដែលធ្លាប់កើតពីមុន ក្រោយពីទទួលការព្យាបាលរួចហើយ ។

ការលេចឡើងរោគសញ្ញាទាំងនេះមិនមែនគ្រាន់តែជាលទ្ធផលនៃជំងឺ ឬប្រព័ន្ធភាពស៊ាំតែឯកឯងប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែវាជាអន្តរៈកម្មរវាងបញ្ហាទាំងពីរនេះ។ ជាទូទៅ វាច្រើនកើតឡើងក្នុងកំឡុងពេល ២ ទៅ ៨សប្តាហ៍ដំបូងក្រោយពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។ ប៉ុន្តែ វាក៏អាចកើតឡើងគ្រប់ពេលក្នុងកំឡុងពេល៦ខែដំបូងនៃការព្យាបាល ហើយការកើតមានឡើងក្រោយរយៈពេលនេះជាករណីដ៏កំរ ។ ការប្រឈមមុខនឹងការលេចឡើងនូវ IRIS មានកំរិតខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ទាបខ្លាំង នៅពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ប៉ុន្តែរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះ កំរគំរាមកំហែងដល់ជីវិតណាស់ ហើយការប្រឈមមុខនឹងអត្រាមរណៈភាពដោយសារ IRIS មានអត្រាទាបយ៉ាងខ្លាំងធៀបនឹងការប្រឈមមុខនឹងអត្រាមរណៈភាពដែលបណ្តាលមកពីជំងឺឱកាសនិយមដែលកើតឡើងដោយសារតែ ការយឺតយ៉ាវក្នុងការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។

**ជំងឺរបេង** ជាជំងឺដែលកើតមានញឹកញាប់បំផុតបណ្តាលមកពី IRIS។ ជួនកាលគេហៅថា "ប្រតិកម្មប៉ារ៉ាដុកស៊ីកាល់ (Paradoxical reaction)" អាចជួបប្រទះប្រតិកម្មនេះផងដែរនៅលើអ្នកគ្មានមេរោគអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថព្យាបាលជំងឺរបេង។ ជាទូទៅ រោគសញ្ញាដែលតែងជួបប្រទះ រួមមាន គ្រុនក្តៅ និងការរីករាលដាលដំបៅដែលបណ្តាលមកពីជំងឺរបេង ជាពិសេស ការឡើងកូនកណ្តុរ ជំងឺរលាកសួត (Pulmonary infiltrates) ជំងឺរលាកទងសួត ជំងឺស្ទះបង្ហូរនោម រឺ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ ។

ចំណុចសំខាន់នៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើភាពខុសគ្នារវាង IRIS ជាមួយនឹង ១), ការពុលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ឬ ២), ការបរាជ័យនៃការព្យាបាលជំងឺរបេងដែលបណ្តាលមកពីភាពស៊ាំរបស់ឱសថ ឬការលេបឱសថមិនបានត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់នោះគឺជាការពិបាក។

វិធីសាស្រ្តទូទៅសំរាប់ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល IRIS គឺ៖

- បន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ។
- ត្រូវស្រាវជ្រាវរកជំងឺឱកាសនិយមថ្មីៗ ឬ ជំងឺឱកាសនិយមសកម្មបណ្តាលមកពីភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ ជាទូទៅ ត្រូវបណ្តុះឈាម, ថតសួត និងបូមទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង បើមានរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទកណ្តាល។ បើមានដំបៅកូនកណ្តុរ ឬដំបៅសើស្បែកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ គឺជារោគសញ្ញាគន្លឹះដ៏សំខាន់ និងត្រូវច្រឹបយកកោសិកាទៅធ្វើការវិភាគ (biopsied) បើលទ្ធផលនៃការពិនិត្យឈាម និងការពិនិត្យទឹកខួរឆ្អឹងខ្នងមិនអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានទេ។ អ្នកជំងឺដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺរបេងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវយកកំហាក ឬ ទឹកដែលបូមពីកូនកណ្តុរទៅបណ្តុះ និងធ្វើតេស្ត Sensitiviy ដើម្បីវាយតំលៃភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថច្រើនមុខ (multi-drug resistant) ជាមួយជំងឺរបេង ឬ MAC ។
- ចាប់ផ្តើម រឺ បន្តការព្យាបាលទៅតាមរោគសញ្ញានៃជំងឺ ។

- ឱសថប្រឆាំងនឹងការរលាក Non-steroid អាចប្រើដើម្បីកាត់បន្ថយរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការរលាកដូចជា ការរលាកកូនកណ្ដុរ និងគ្រុនក្ដៅ។
- ផ្ដល់ការព្យាបាលរយៈពេលខ្លីដោយប្រើឱសថក្នុងក្រុម Corticosteroids បើរោគសញ្ញាក្លាយជាធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជា ហត់ រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្ដាល ការស្ទះតំរងនោម ( renal obstruction) ។

## ៧ បន្ថយជាអតិបរិមានូវការកើនឡើងនៃភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍:

- ភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ចំពោះឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ កាត់បន្ថយនូវប្រសិទ្ធិភាពនៃការព្យាបាល និងបង្កើនថ្លៃព្យាបាលហើយមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំនឹងឱសថអាចឆ្លងទៅអ្នកដទៃតាមផ្លូវចំលងធម្មតា ។
- ភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងឱសថ កើតឡើងចំពោះអ្នកជំងឺដែលលេបថ្នាំមិនបានត្រឹមត្រូវ មិនទៀងទាត់ និងមិនជាប់លាប់។ ដូចនេះ ការផ្ដល់ការគាំទ្រដល់ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ (adherence) គឺជាមធ្យោបាយដ៏ប្រសើរក្នុងការកាត់បន្ថយភាពស៊ាំ ពីព្រោះ Adherence ទាបជាមូលហេតុចំបងនាំអោយមានភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍ជាមួយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (សូមអានជំពូកទី៨)។
- ត្រូវប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវ។ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ មិនសមស្របហើយផ្ដល់ដោយអ្នកផ្ដល់សេវាដែលមិនបានបណ្ដុះបណ្ដាលជំនាញផ្នែកនេះ ក៏ជាមូលហេតុដ៏សំខាន់នៃភាពស៊ាំរបស់មេរោគអេដស៍ចំពោះឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នេះផងដែរ។ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដែលបានបណ្ដុះបណ្ដាលរួចហើយតែប៉ុណ្ណោះ ដែលធានាបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវក្នុងការប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នេះ ដូចជា ការជ្រើសរើសរូបមន្តព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ការកំរិតដូសឱសថ ការតាមដាន ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ និងការផ្លាស់ប្ដូររូបមន្តព្យាបាលដ៏បានសមស្រប ។
- ក្រសួងសុខាភិបាល មិនអនុញ្ញាតអោយប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលមានប្រសិទ្ធិភាពតិចជាងបីមុខរួមគ្នាទេ។ ប្រសិនបើ ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ណាមួយត្រូវបានបញ្ឈប់នោះ គឺត្រូវបញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់រហូតដល់ពេលដែលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

ទាំងអស់ត្រូវបានចាប់ផ្តើមឡើងវិញ។ គេត្រូវបន្តប្រើឱសថក្រុម NRTIs ៧ថ្ងៃក្រោយពេលបញ្ឈប់ NVP ឬ EFV ពីព្រោះរយៈពេលដែល NVP/EFV បន្តនៅក្នុងឈាមមានរយៈពេលវែងជាងក្រុម NRTIs ។

- ការកាត់បន្ថយការប្រព្រឹត្តដែលប្រឈមមុខខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ គឺជាយន្តការមួយដ៏សំខាន់ណាស់ក្នុងការកាត់បន្ថយការរីករាលដាល នៃមេរោគអេដស៍ដែលស៊ាំនឹងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍នោះ។ ការលេបឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍អោយបានត្រឹមត្រូវទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ គឺជាកត្តាសំខាន់ក្នុងការកាត់បន្ថយនូវចំនួនមេរោគអេដស៍ក្នុងឈាម និងក្នុងសារធាតុរាវនៃរាង្គកាយ និងបន្ថយនូវភាពគ្រោះថ្នាក់នៃការចំលងមេរោគអេដស៍ផងដែរ ។

## ៨ តើត្រូវធ្វើការកំណត់បរាជ័យនៃការព្យាបាលយ៉ាងដូចម្តេច?

បរាជ័យនៃការព្យាបាល និងការសំរេចប្តូរទៅជំរើសរូបមន្តព្យាបាលមួយផ្សេងទៀត មិនពឹងផ្អែកទៅលើលទ្ធផលនៃការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍តែមួយមុខប៉ុណ្ណោះទេ។ ក្រោយពីកំណត់បានរកឃើញភាពបរាជ័យបែបគ្លីនិក immunological, និង/ឬ virological រួចហើយអ្នកផ្តល់សេវាអាចធ្វើការសំរេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលដោយពឹងផ្អែង លើលទ្ធភាពនៃការកើតមាននូវភាពស៊ាំ នៅពេល ដែលមូលហេតុទាំងឡាយដូចខាងក្រោមនេះ ត្រូវបានទាត់ចោល៖

មូលហេតុញឹកញាប់នៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដែលពុំទាក់ទងទៅនឹងការកើនឡើងនូវភាពស៊ាំនៃមេរោគអេដស៍មាន:

- ភាពត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ (adherence) នៃការព្យាបាល ដូចជា:
  - ភ្លេចលេបឱសថ (Missing doses)
  - លេបឱសថមិនសមស្របតាមពេលវេលាកំណត់(inappropriate time)
  - កំរិតដូសឱសថមិនត្រឹមត្រូវ (inappropriate dose)
- បរិមាណឱសថក្នុងឈាមមានកំរិតមិនសមស្រប (inappropriate drug levels)
  - កំរិតដូសឱសថទាបជាងកំរិតដែលត្រូវប្រើ ឬមិនគ្រប់កំរិតដូស (under-dosing)
  - ការស្រូបយកឱសថដោយប្រដាប់រំលាយអាហារចូលទៅក្នុងចរន្តឈាមពុំបានល្អ (ដោយសារមានការរាគរូស)
  - ការប្រែប្រួលផ្នែក pharmacokinetics នៃឱសថ
  - ការផ្លាស់ប្តូរមេតាបូលីសនៃឱសថ

o អន្តរកម្មរវាងឱសថ

មិនត្រូវធ្វើការសន្និដ្ឋានថា រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ណាមួយទទួល បរាជ័យទេ ដរាបណា:

- អ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយរូបមន្តព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន បានរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់៦ខែ
- ការវាយតំលៃនៃការព្យាបាលដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ មានលក្ខណៈសមស្រប (optimal) (>៩០%)
- មានការព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម នឹង
- មានការទាត់ចោលចង្កោមរោគសញ្ញារលាកដោយសារការស្តារឡើងវិញប្រព័ន្ធភាពសុាំ IRIS ។

តារាងទី១២ ណែនាំដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអំពីជំហាននានា ក្នុងការផាត់ចោលនូវមូលហេតុនានានៃភាពបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល ដែលមិនបណ្តាលមកពីការកើតឡើងនូវភាពសុាំទៅនឹងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

**តារាងទី១២: ការកំណត់រកនិងវិធានការណ៍ដោះស្រាយមូលហេតុនៃភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល**

| ជំហាន | វិធានការណ៍ |
|---|---|
| ជំហានទី ១ | • វាយតំលៃបរាជ័យបែបគ្លីនិក, immunological, និងvirological ដើម្បីសំរេចថាបរាជ័យនៃការព្យាបាលទំនងជាអាចកើតឡើង |
| ជំហាន ទី២ | ប្រសិនបើមានកត្តាបរាជ័យណាមួយ ក្នុងកត្តាទាំងឡាយខាងក្រោម:<br>• ត្រូវបញ្ជាក់បរាជ័យបែបគ្លីនិក ឬ immunological ដោយធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន<br>• សំរេចអំពីមូលហេតុនៃបរាជ័យនៃការព្យាបាលដែលទំនងជាកើតឡើង:<br>o វាយតំលៃកំរិតនៃការព្យាបាលដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់:<br>• ត្រូវពិភាក្សាអំពីការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និង ជាប់លាប់ជាមួយអ្នកជំងឺ ដោយពុំមានការស្តីបន្ទោស (non-judgmental)<br>• សុំយោបល់ពីអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា និងអ្នកគាំទ្រអ្នកជំងឺ(peer support workers)<br>• ពិនិត្យមើលព័ត៌មានបន្ថែមផ្សេងៗទៀត: ការមកទទួលសេវាថែទាំ, ចំលើយទាក់ទងនឹងការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ដែលបានកត់ត្រាក្នុងឯកសារ ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ, ការរាប់គ្រាប់ឱសថ។<br>o បទពិសោធន៍មុនៗ ទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ |

| | |
|---|---|
| | o កំរិតប្រើឱសថ<br>o អន្តរកម្មនៃឱសថ<br>o ការស្រូបឱសថពីប្រដាប់រំលាយអាហារ ទៅក្នុងឈាម (ឧទាហរណ៍: វគ្គមាននៃភាពរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ)<br>o ការដាច់ឱសថ |
| ជំហាន ទី៣ | • រកវិធានការណ៍ដោះស្រាយមូលហេតុនៃបរាជ័យនៃការព្យាបាល:<br>o ជួយដោះស្រាយបញ្ហាជាក់លាក់នានា ដែលធ្វើអោយមានការពិបាក ក្នុងការទទួលការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ឧទាហរណ៍: ការជួយគាំទ្របន្ថែមពីក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ, ការបង្កើតប្រព័ន្ធជួយដាស់តឿនអ្នកជំងឺ។ល។<br>• ផ្លាស់ប្តូរមុខឱសថ/កំរិតប្រើឱសថ ដើម្បីចៀសវាងការប្រើ មិនគ្រប់កំរិតដូស ឬ អន្តរកម្មរវាងឱសថ។ |
| ជំហាន ទី៤ | • ធ្វើការសំរេចចិត្តអំពីការផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (តើត្រូវប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ណាមួយ)។ |

### *៨-១ បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក (Clinical Failure)*

- បរាជ័យបែបគ្លីនិកចំពោះអ្នកជំងឺពេញវ័យ ដែលកំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ត្រូវបានកំណត់ដោយវត្តមាននៃព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកក្នុងដំណាក់កាល ទី៣ ឬ ទី៤ ថ្មីៗ ឬដែលកើតសារចុះសារឡើង លើកលែងតែជំងឺរបេងសួតចេញក្នុងរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ៦ខែក្រោយពីការចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកទាំងនេះ រួមមាន:
  - o ការកើតជំងឺឱកាសនិយម ឬ ជំងឺមហារីកថ្មីៗ ឬ ការកើតឡើងវិញសារចុះសារឡើងនៃការបង្ករោគនានា ដូចជា មានផ្សិតក្នុងមាត់ (oral candidiasis) ដែល ពុំឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល ឬ ជំងឺផ្សិតនៅតាមបំពង់អាហារ (esophageal candidiasis)។
  - o ភាពស្លេកស្លាំងដែលពុំមានមូលហេតុច្បាស់លាស់ (អេម៉ូក្លូប៊ីន តិចជាង ៨ ក្រ/ដល), ការថយចុះចំនួនកោសិកាស ប្រភេទ neutrophil (0,៥ x ១០$^{៩}$/ល) , និង/ឬ ការថយចុះរ៉ាំរ៉ៃនៃចំនួនប្លាកែត (តិចជាង ៥០ x ១០$^{៩}$/ល)។
  - o ការចុះស្គមលើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន ដែលពុំឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភ
  - o ភាពរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ រយៈពេលលើសពី ១ខែ ។

- ប្រសិនបើអ្នកជំងឺកើតជំងឺថ្មី ដែលទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ មុន ៦ខែនៃការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ រោគសញ្ញាទាំងនេះ ទំនងជាមិនទាក់ទងទៅនឹងភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទេ។ ជំងឺទាំងនេះ ឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីការពិបាកក្នុងការប្រើឱសថអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ផលប៉ះពាល់នៃការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ការកើតជំងឺឱកាសនិយមស្រួចស្រាវ ក្នុងស្ថានភាពដែលមានការចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពសុាំយូរអង្វែង ឬ IRIS នៅពេលកើនឡើងវិញនៃប្រព័ន្ធភាពសុាំ។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវគ្រប់គ្រងថែទាំ និងព្យាបាលរោគសញ្ញាទាំងនេះ ហើយត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។
- អ្នកជំងឺរបេង អាចកើតឡើងនៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃការចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធភាពសុាំ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដែល កំពុងទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បានកើតជំងឺរបេង អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវព្យាបាលជំងឺនេះអោយបានត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺពុំឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលជំងឺរបេងលើកដំបូង ហើយអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បាន យ៉ាងហោចណាស់៦ខែរួចហើយ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ដើម្បីកំណត់រកភាពបរាជ័យបែប immunological ហើយត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ផង។
- នៅពេលរកឃើញ ឬ សង្ស័យថា មានបរាជ័យបែបគ្លីនិកត្រូវធ្វើការវាយតំលៃភាពបរាជ័យបែប immunological និង virological បន្ថែមទៀត (សូមអានផ្នែកទី៨-២ និង ៨-៣)។
- លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង viral load នឹងបញ្ជាក់ច្បាស់ ឬ ទាត់ចោលភាពបរាជ័យបែបគ្លីនិក ហើយត្រូវប្រើតេស្តទាំងនេះសំរាប់ធ្វើការសំរេចចិត្តចុងក្រោយអំពីការប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ តារាងទី១៣ ពន្យល់អំពីការគ្រប់គ្រងថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានភាពបរាជ័យបែបគ្លីនិក។

តារាងទី១៣ : ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលនូវការបរាជ័យបែបគ្លីនិក ក្រោយពីមានព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក ក្នុងដំណាក់កាលទី៣ និងទី៤ ចំពោះអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

| ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកដែលកើតឡើងក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ចាប់ពី ៦ខែឡើងទៅ | ការវាយតំលៃ និងការគ្រប់គ្រងថៃទាំព្យាបាលដំបូង | ការតាមដាន ១ ទៅ ២ សប្តាហ៍បន្ទាប់មក |
|---|---|---|
| ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិកដំណាក់កាលទី៣ (លើកលែងជំងឺរបេង) | • ព្យាបាលព្រឹត្តិការណ៍អោយបានសមស្រប<br>• វាយតំលៃអំពីការលេបថ្នាំដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងបង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សា<br>• វាយតំលៃស្ថានភាពនៃការផ្តល់ អាហារូបត្ថម្ភ និងភាពមានចំណីអាហារសំរាប់ ទទួលទាន<br>• តាមដាននៅក្នុងរយៈពេល២សប្តាហ៍ ដើម្បីវាយតំលៃការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល<br>• រាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង/ឬ ធ្វើតេស្ត Viral Load | • ត្រូវធ្វើតេស្ត CD4 ប្រសិនបើពុំអាចធ្វើតេស្ត Viral load<br>• ប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ប្រសិនបើការរាប់ចំនួន CD4 បញ្ជាក់អំពីបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ |
| | | • ប្រសិនបើចំនួនកោសិកាCD4 មានកំរិតលើសពីកំរិតដែលកំណត់អំពីបរាជ័យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ត្រូវធ្វើតេស្ត Viral load<br>• ត្រូវប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ បើ Viral load ច្រើនជាង ៥០០០ copies/មល |

| | | |
|---|---|---|
| ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក ដំណាក់កាលទី៤ | • ព្យាបាលព្រឹត្តិការណ៍ឲ្យបានសមស្រប<br>• វាយតំលៃអំពីការលេបថ្នាំដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងបង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សា<br>• វាយតំលៃស្ថានភាពនៃការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភ និងលទ្ធភាពរកចំណីអាហារទទួលទាន<br>• តាមដានម៉ត់ចត់ ឬបញ្ជូនអោយសំរាកពេទ្យ<br>• រាប់ចំនួនកោសិកា CD4 និង/ឬធ្វើតេស្ត Viral Load<br>• ចាប់ផ្តើមរៀបចំផែនការផ្លាស់ប្តូរទៅ រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ | • ត្រូវធ្វើតេស្តចំនួន CD4 ប្រសិនបើពុំអាចធ្វើតេស្ត Viral load ទេនោះ<br>• ប្តូទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ប្រសិនបើកោសិកា CD4 បញ្ជាក់ពីភាពបរាជ័យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ<br>• បើ CD4 មានកំរិតលើសពីកំរិតកំណត់អំពីបរាជ័យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ គឺត្រូវធ្វើតេស្ត Viral Load ប្រសិនបើប្រសិនបើ Viral Load ច្រើនជាង ៥០០០កោសិកា/មល ត្រូវប្តូរទៅរូបមន្ត ព្យាបាលជួរទី២។ |
| | • តាមដានក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលក្នុងរយៈពេល ១ទៅ២សប្តាហ៍ | • ប្រសិនបើ Viral Load មានកំរិតទាបជាងកំរិតដែល មិនអាចរក មេរោគឃើញ មិនត្រូវប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ទេ។ ប្រសិនបើ Viral Load ច្រើនជាង ៥០០០កោសិកា/មល ត្រូវប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ |

## *៤-២ បរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ*

បរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ អាចធ្វើការវាយតំលៃបានក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បានរយៈពេល ៦ខែ ហើយត្រូវកំណត់ដោយៈ

- ការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ទៅដល់កំរិតមូលដ្ឋានមុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល ឬ នៅកំរិតក្រោមនេះ ក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បាន ៦ខែ ដោយពុំមានកើតជំងឺឱកាសនិយមដែលបណ្តាលអោយថយចុះមួយរយៈនូវចំនួនកោសិកា CD4 ជាបណ្តោះអាសន្ន ឬ

- ការធ្លាក់ចុះចំនួនកោសិកា CD4 ដល់កំរិត ៥០% ប្រៀបធៀបទៅនឹងកំរិតខ្ពស់បំផុត នៃចំនួនកោសិកា CD4 ក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដោយពុំមានការបង្ករោគដែលបញ្ជាក់អំពីមូលហេតុនៃការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ក្រោយពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ៦ខែ ឬ
- ចំនួនកោសិកា CD4 បន្តស្ថិតនៅកំរិតក្រោម ១០០កោសិកា/មម$^{៣}$ ក្រោយពីមានការព្យាបាលបាន ១២ខែរួចហើយ។

ការបញ្ជាក់លទ្ធភាពនៃការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ដូចបានពិពណ៌នាខាងលើនេះ គឺអាចតំរូវអោយផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។ ក៏ប៉ុន្តែការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 មានសារៈប្រយោជន៍បំផុត សំរាប់ញែកចេញ (ruling-out) ជាជាងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យកំណត់បញ្ចូល (ruling-in) បរាជ័យនៃការព្យាបាលដោយហេតុថា មានការថយចុះបណ្តោះអាសន្ននៃចំនួនកោសិកា CD4 នៅពេលមានជំងឺផ្សេងៗដែលកើតឡើងក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល។ ដោយសារមូលហេតុនេះហើយ ទើបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ត្រូវបញ្ជាក់អោយបានច្បាស់ ពីភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ដោយធ្វើតេស្តរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 សារជាថ្មីរយៈពេល ២សប្តាហ៍ក្រោយ។ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល ដែលបណ្តាលមកពីភាពស៊ាំនៃមេរោគទៅនឹងការព្យាបាល អោយបានច្បាស់លាស់ និងបានឆាប់រហ័ស អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនបើ អាចធ្វើបាន។ ប្រសិនបើគ្មានតេស្ត viral load ទេ ក្នុងស្ថានភាពនេះ តំរូវអោយមានការសំរេចចិត្តសំខាន់ និងស្មុគស្មាញ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលគ្មានរោគសញ្ញា ហើយដែលមានបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែលកើតឡើងដោយឯកឯងតែមួយមុខ (បរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដោយពុំមានបរាជ័យបែបគ្លីនិក វាទាមទារអោយមានការពិគ្រោះយោបល់ពីអ្នកឯកទេស។ **ត្រូវធ្វើការបញ្ជាក់អោយច្បាស់នូវ រាល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំតែមួយមុខ តាមរយៈការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 សាជាថ្មីឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ក្រោយ ហើយត្រូវ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកឯកទេស ឬ ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ភ្លាម។**

សូមអានតារាងទី១៤ សំរាប់ការវាយតំលៃ និងគ្រប់គ្រងថែទាំភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែលកើតឡើងដោយតែឯកឯង។

## តារាងទី១៤: ការគ្រប់គ្រងថែទាំភាពបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែលកើតឡើងតែមួយមុខ

| ស្ថានភាព(Scenario) | រយៈពេលនៃការព្យាបាលដោយឱសថ ARV | ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ | វិធានការណ៍ (Action) |
|---|---|---|---|
| ថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 | > ៦ខែ | • អាចបណ្តាលមកពី: | • រាប់ចំនួនកោសិកា |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ដល់ ឬ ក្រោមកំរិតមូលដ្ឋានមុនពេលព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ | | o បរាជ័យនៃការព្យាបាល<br>o កើតជំងឺផ្សេងៗក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល<br>o កំហុសនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ | CD4 ឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ក្រោយ ជាពិសេសប្រសិនបើរាប់ចំនួន CD4 ត្រូវបានធ្វើនៅពេលកើតជំងឺផ្សេងៗក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល<br>• ប្រសិនបើការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ផ្តល់លទ្ធផលបានបញ្ជាក់ច្បាស់ ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនជាមាន ។ |
| ថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ដល់ កំរិត ៥០% ប្រៀបធៀបនឹងកំរិតខ្ពស់បំផុតនៃចំនួនកោសិកា CD4 ក្នុងពេលកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ ARV ឬ កំរិតក្រោមនេះ | > ៦ខែ | • អាចបណ្តាលមកពី:<br>o បរាជ័យនៃការព្យាបាល<br>o កើតជំងឺផ្សេងៗក្នុងកំឡុងពេលព្យាបាល<br>o កំហុសនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ | • រាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ក្រោយ ជាពិសេសប្រសិនបើការរាប់ចំនួន CD4 ត្រូវបានធ្វើនៅពេលកើតជំងឺផ្សេងក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល<br>• ប្រសិការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ត្រូវផ្តល់លទ្ធផលបញ្ជាក់ច្បាស់ ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនបើមាន។ |
| ចំនួនកោសិកា CD4 បន្តស្ថិតនៅកំរិត ក្រោម ១០០ កោសិកា/មម[៣] | > ១២ខែ | • អាចបណ្តាលមកពី:<br>o ការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាល"ធម្មតា" ជាពិសេសចំពោះអ្នកជំងឺមានអាយុច្រើន<br>o បរាជ័យនៃការព្យាបាល | • រាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ឡើងវិញ ក្នុងរយៈពេល ២សប្តាហ៍ក្រោយ ជាពិសេសប្រសិនបើការរាប់ចំនួន CD4 ត្រូវបានធ្វើនៅ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | o កំហុសនៃការធ្វើតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ | ពេលកើតជំងឺផ្សេងៗក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល<br>• ប្រសិនបើការរាប់ចំនួនកោសិកា CD4 ផ្តល់លទ្ធផលបានបញ្ជាក់ច្បាស់ត្រូវធ្វើតេស្ត viral load ប្រសិនជាមាន។ |

## *៨-៣ បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ* (Virological Failure)

ភាពបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ គឺជាផ្នែកសំខាន់មួយ សំរាប់កំណត់ភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។ ការកំណត់ភាពបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រធ្វើអោយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាលកាន់តែមានភាពសុក្រឹត្យ ហើយចៀសវាងផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលមិនចាំបាច់ ព្រោះវាអាចនៅមានប្រសិទ្ធិភាពនៅឡើយ។ ដូចគ្នានេះដែរការកំណត់ភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល អាចតំរូវអោយមានការចាត់វិធានការណ៍ ធ្វើអន្តរាគមន៍នានាដូចជា ការផ្តល់ប្រឹក្សាស្តីពីការព្យាបាលអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងការលុបបំបាត់នូវអន្តរកម្មរវាងឱសថ ដើម្បីសំលាប់មេរោគដោយពុំចាំបាច់ផ្លាស់ប្តូររូបមន្តព្យាបាលក្នុងជួរទី២។

**បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ត្រូវបានកំណត់ដោយរកឃើញ RNA នៃមេរោគអេដស៍ ចាប់ពីចំនួនលើសពី ៥០០០ copies /មល។**

ការធ្វើតេស្ត viral load ដោយផ្អែកលើភាពបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក និងប្រព័ន្ធភាពស៊ាំនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តនៅឆ្នាំ ២០១១ នេះ ហើយការតាមដានជាប្រចាំ ក្នុងទ្រង់ទ្រាយតូចនឹងចាប់ផ្តើមដាក់អោយអនុវត្តនៅពេលដែលអាចបង្កើនសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើតេស្ត viral load។ **មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងជូនដំណឹងដល់សេវា Pre-ART/ART នៅពេលដែលមន្ទីរពិសោធន៍មានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចាប់ផ្តើមធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំ (លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសំរាប់ការធ្វើតេស្ត viral load ទី៦)។** នៅពេលមានការពង្រីកការធ្វើតេស្ត viral load កម្មវិធីនេះនឹងអនុវត្តតាមដានយ៉ាងម៉ត់ចត់ ហើយនឹងមានការពិនិត្យកែលំអឡើងវិញជាទៀងទាត់នូវឯកសារគោលការណ៍ណែនាំជាតិនេះយោងតាមលទ្ធផលនៃការអនុវត្តន៍ និងការរីកចំរើនផ្នែកបច្ចេកវិទ្យានៃការធ្វើតេស្ត viral load។ តារាងទី១៥ សង្ខេបពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ សំរាប់កំណត់ល័ក្ខខ័ណ្ឌដែលតំរូវអោយមានការធ្វើតេស្ត viral load (VL testing eligibility)។

**តារាងទី១៥: លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ សំរាប់កំណត់ល័ក្ខខ័ណ្ឌដែលតំរូវអោយមានការធ្វើតេស្ត Viral load (Viral load testing eligibility criteria)**

| ត្រូវសុំធ្វើតេស្ត viral load ក្នុងល័ក្ខខ័ណ្ឌណាមួយ ក្នុងបណ្តាល័ក្ខខ័ណ្ឌទាំងឡាយ ខាងក្រោម: |
|---|
| ១ បរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ចំពោះមនុស្សពេញវ័យ ដែលទទួលកំពុងការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ត្រូវកំណត់ដោយការកើតឡើងនូវព្រឹត្តការណ៍គ្លីនិកណាមួយ ក្នុងដំណាក់កាលទី៣ ឬ ទី៤ លើកលែងតែជំងឺរបេងសួត ក្រោយពីចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ រយៈពេលយ៉ាងតិច ៦ខែ ,ឬ<br>២ ការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ដល់កំរិតមូលដ្ឋានមុនពេលព្យាបាល ឬ កំរិតក្រោមនេះ ក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បាន ៦ខែ ដោយពុំមានជំងឺឱកាសនិយមផ្សេងៗដែលបណ្តាលអោយមានការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ឬ<br>៣ ការថយចុះចំនួនកោសិកា CD4 ដល់កំរិត ៥០% ប្រៀបធៀបនឹងកំរិតខ្ពស់បំផុតនៃចំនួនកោសិកា CD4 ក្នុងពេលកំពុងព្យាបាល ដោយពុំមានការបង្ករោគនានាដែលបណ្តាលអោយមានការថយចុះបណ្តោះអាសន្ននូវចំនួនកោសិកា CD4 ក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ បាន៦ខែ, ឬ<br>៤ ចំនួនកោសិកា CD4 បន្តស្ថិតនៅកំរិតក្រោម១០០កោសិកា/មម$^{៣}$ ក្រោយពីមានការព្យាបាលបាន ១២ខែ រួចហើយ។, ឬ<br>៥ ការធ្វើតេស្តសារជាថ្មី បន្ទាប់ពីការធ្វើតេស្តលើកមុនដែលបញ្ជាក់អំពីកំរិតអាចរាប់ចំនួនបាន (detectable viral load), ឬ<br>៦ តាមដានជាប្រចាំ រៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលត្រូវចាប់ផ្តើមក្រោយពីមានការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ រយៈពេល ២៤ខែ ។ |

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងធ្វើការជូនដំណឹងដល់សេវា Pre-ART/ART នៅពេលមន្ទីរពិសោធន៍ មានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចាប់ផ្តើមអនុវត្តការធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំ ក្នុងចំនួនកំណត់ណាមួយ (លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យទី៦ សំរាប់ការធ្វើតេស្ត viral load)។

## *៨-៤ តើត្រូវប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នៅពេលណា?*

ការសំខាន់ គឺត្រូវចងចាំថា បរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ កើតមុនបរាជ័យប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែលកើតមុនបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក។ មិនត្រូវផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ទេ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលសង្ស័យថា បរាជ័យនៃការព្យាបាលហើយមាន viral load ក្នុងកំរិត undetectable ។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ មិនត្រូវផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ដោយពឹងផ្អែកលើការបរាជ័យ បែបគ្លីនិកតែមួយមុខទេ លើកលែងតែ អ្នកជំងឺឈឺធ្ងន់ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី៤ និងមានការណែនាំពីអ្នកឯកទេស។ ដូចគ្នានេះដែរ មិនត្រូវផ្លាស់ប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ចំពោះអ្នកជំងឺ

ដែលព្យាបាលបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ដោយគ្មានការពិគ្រោះយោបល់ពីអ្នកឯកទេសទេ។ អ្នកឯកទេសខ្លះ ចាត់ទុកថា ជំងឺស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលទី២ ដូចជា PPE ជាសញ្ញាដំបូងនៃការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ហើយណែនាំអោយផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ អាចជួបស្ថានភាព (scenarios) ដែលកើតមានញឹកញាប់ចំនួន ៣ ដែលនាំអោយមានការផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើការព្យាបាលជួរទី២:

១ អ្នកជំងឺដែលបរាជ័យបែបគ្លីនិក និងផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ក្នុងស្ថានភាពពុំអាចធ្វើតេស្ត viral load ។

២ អ្នកជំងឺដែលបរាជ័យបែបគ្លីនិក និង/ឬ ផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត viral load ក្នុងកំរិត លើសពី ៥០០០ copies/មល ឬ

៣ អ្នកជំងឺដែលមិនបរាជ័យបែបគ្លីនិក ឬ ផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ដែលមានលទ្ធផលតេស្ត viral load ក្នុងកំរិតលើសពី ៥០០០ copies/មល នៅពេលធ្វើតេស្តតាមដានសារជាថ្មី។

**ស្ថានភាពទី១:** ក្នុងពេលមានព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក ក្នុងដំណាក់កាលទី៣ ឬ ទី៤ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ យោងតាមស្ថានភាពគ្លីនិក និងប្រព័ន្ធភាពស៊ាំរបស់អ្នកជំងឺ។

**ស្ថានភាពទី២:** ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដែលបរាជ័យបែបគ្លីនិក និងផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ហើយមានលទ្ធផលតេស្ត viral load ក្នុងកំរិតលើសពី ៥០០០ copies/មល អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំត្រូវផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។

**ស្ថានភាពទី៣:** ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនបរាជ័យបែបគ្លីនិក ឬ ផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ហើយមានលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ អាចធ្វើតេស្ត viral load បានក្រោយពីបាន ទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍រយៈពេល ២៤ ខែ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវធ្វើតេស្ត viral load តាមដាននៅរយៈពេល ២ខែ ក្រោយពីមានការប្រឹងប្រែងពង្រឹង (boosting) ការព្យាបាលអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ មុននឹងផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។

ប៉ុន្តែ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបរាជ័យបែបគ្លីនិក ឬ ផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ នៅពេលណាមួយក្នុងកំឡុងពេលតាមដានដោយការធ្វើតេស្ត viral load អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអាចពិចារណាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ភ្លាមនៅពេលតេស្ត viral load ផ្តល់លទ្ធផលតេស្ត ថាមានមេរោគក្នុងកំរិត undetectable ដោយមានការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកឯកទេស។ **ការតាមដានបែបគ្លីនិក និងការព្យាបាលបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ រៀងរាល់ខែ មានសារៈសំខាន់ជាសារវ័ន្ត សំរាប់ការតាមដានអ្នកជំងឺដែលបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រដែលកើតឡើងតែមួយមុខ។** ក្នុងករណីដែលបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ បណ្តាលមកពីមានភាពស៊ាំនៃវីរុសទៅនឹងឱសថ (viral

resistance) ស្ថានភាពគ្លីនិករបស់អ្នកជំងឺ អាចធ្លាក់ចុះយ៉ាងឆាប់រហ័សមុនពេលធ្វើតេស្ត viral load បន្ទាប់។

តារាងទី១៦ សង្ខេបអំពីជំហាននានា ដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំត្រូវអនុវត្តតាម ក្នុងការធ្វើតេស្ត viral load ជាប្រចាំ។ បន្ថែមពីនេះ ឧបសម្ព័ន្ធទី៨ ផ្តល់ព័ត៌មានដូចគ្នានេះ ក្នុងសណ្ឋានជាគំនូសបំព្រួញ សំរាប់ណែនាំអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងការសំរេចចិត្ត អំពីវិធានការណ៍ដែលពឹងផ្អែកលើលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត viral load។

## តារាងទី១៦: ការវាយតំលៃភាពបរាជ័យផ្នែកវីរុសសាស្ត្រ ដោយពឹងផ្អែកលើការតាមដានជាប្រចាំលើអ្នកជំងឺដែលពុំមានរោគសញ្ញា

| Viral Load ក្នុងប្លាស្មា | អនុសាសន៍ |
|---|---|
| មិនអាចរកឃើញ (Undetectable) | • ធ្វើតេស្តViral Loadសារជាថ្មី នៅរយៈពេល១២ខែក្រោយ |
| <១000 Copies/មល (១,៧ - ៣,0 log) | • ធ្វើតេស្តViral Loadសារជាថ្មី នៅរយៈពេល៦ខែ ក្រោយ[1]<br>• វាយតំលៃការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ និងបង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សា |
| >១,០០០ – ៥,០០០ Copies /មល (៣,0 – ៣,៧ log) | • ធ្វើតេស្តViral Loadសារជាថ្មី នៅរយៈពេល១២ខែក្រោយ[2]<br>• បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សាដើម្បីបង្កើនការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់<br>• ស្រាវជ្រាវរកអន្តរកម្មរវាងឱសថ ឬ កំរិតឱសថដែលមិន សមស្រប<br>• ពិចារណាលើការប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ប្រសិនបើលទ្ធផលតេស្តViral Load សារជាថ្មី ស្ថិតនៅកំរិតពី ១.០០០ ដល់ ៥.០០០ Copies/មល ហើយមានភស្តុតាង បញ្ជាក់អំពីការព្យាបាលបរាជ័យផ្នែកគ្លីនិក ឬផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ហើយកំរិតនៃការលេបថ្នាំបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ លើសពី ៩0% ក្រោយពី មានការពិភាក្សាជាមួយអ្នកឯកទេស<br>• ប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ បើការធ្វើតេស្តViral Loadសារជាថ្មី ផ្តល់លទ្ធផល > ៥.០០០ Copies/មល ។ |
| > ៥០០០ Copies/មល (>៣,៧log) | • ធ្វើតេស្ត Viral load សារជាថ្មី ក្នុងរយៈពេល ២ខែក្រោយ<br>• បង្កើនការផ្តល់ប្រឹក្សាដើម្បីបង្កើនការលេបថ្នាំអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់<br>• ស្រាវជ្រាវរកអន្តរកម្មរវាងឱសថ ឬ កំរិតឱសថដែលមិន សមស្រប |

| | |
|---|---|
| | • បន្ទាប់មកត្រូវប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ប្រសិនបើ លទ្ធផលនៃតេស្ត Viral load > ៥០០០ Copies/មល ហើយកំរិតនៃការលេបឱសថបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ លើសពី ៩០% ។ |

១ ប្រសិនបើការធ្វើតេស្ត Viral load មានលទ្ធផលចន្លោះ ៥០ និង ១០០០ copies/មល ហើយពុំមានភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីបរាជ័យផ្នែកប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ឬ ផ្នែកគ្លីនិកទេ ត្រូវធ្វើការសំរេចចិត្តអំពីការប្តូរទៅរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ទៅតាមស្ថានភាពអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ។ ត្រូវពិភាក្សាជាមួយអ្នកឯកទេស។

## ៩ តេត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ណាមួយ?

រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ដែលសមស្របជាងគេ (Preferred) អាស្រ័យទៅតាមរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សំរាប់អ្នកជំងឺម្នាក់ដែលបានទទួលបរាជ័យរួចហើយ។ ដោយមានកង្វះខាតក្នុងការធ្វើតេស្ត genotype និង phenotype រូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ មានបំណងបន្ថយនូវទំរង់នៃភាពស៊ាំជាន់គ្នា (overlapping resistance profiles) នៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ដែលត្រូវបានយកមកប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ សំរាប់អ្នកជំងឺ។ ទោះបីជាអាចមានការផ្លាស់ប្តូរ ប្រែប្រួលហ្សែន (mutations) រាប់លានក៏ដោយ មានតែ mutations ចំបងៗ/សំខាន់ៗខ្លះដែលជាមូលដ្ឋានក្នុងការសំរេចចិត្ត អំពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ដូចជា:

- mutations K103N, Y181 I/C/V, និង V106 A/M បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ ARV ក្រុម NNRTIs
- mutations ទាក់ទងនឹង Thymidine analogue ក្រោយពីការប្រើឱសថ d4T និង AZT, និង
- mutation K65R បន្ទាប់ពីការប្រើឱសថ TDF, ABC, និង ddI (និង d4T សំរាប់ប្រទេសកម្ពុជា)។

ភាពស៊ាំទៅនឹងឱសថនៅក្នុងក្រុម NNRTI កើតមានញឹកញាប់ជាងគេ ក្នុងបរាជ័យនៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១។ ហេតុនេះហើយទើបធ្វើអោយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ទាំងអស់ ត្រូវពឹងផ្អែកលើរូបមន្ត ដែល boosted PI (LPV/RTV)។

TDF + 3TC នៅតែជាឱសថក្រុម NRTIs ដែលត្រូវយកមកប្រើល្អជាងគេ នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ នៅប្រទេសកម្ពុជាយើង។ អ្នកជំងឺអាចប្រើឱសថ TDF បាន បើគាត់ពុំធ្លាប់មានជំងឺតំរងនោមពីមុនមក ហើយ glomerular filtration rate (GFR) មានកំរិតលើសពី៣០។ កំរិតដូស TDF ត្រូវកំណត់ដោយពឹងផ្អែកលើមុខងារច្រោះមូលដ្ឋាន របស់តំរងនោម (៣០០មក្រ ក្នុង១ថ្ងៃ ប្រសិនបើ GFR > ៥០ម.ល/នាទី ហើយ៣០០មក្រ រៀងរាល់ ២ថ្ងៃម្តង ប្រសិនបើ GFR មានកំរិតចន្លោះ ៣០

និង ៤៩ ម.ល/នាទី)។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺពុំអាចប្រើ TDF បានដោយសារមានបញ្ហាទាក់ទងនឹងមុខងារច្រោះនៃទំរងនោម ABC គឺជាជំរើសថ្មីដែលត្រូវយកមកប្រើ។

តារាងខាងក្រោមនេះ សង្ខេបអំពីរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ យោងទៅតាមរូបមន្តព្យាបាលជួរទី ១ ដែលទទួលបរាជ័យរួចហើយ:

**តារាងទី១៧: រូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដាដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ជួរទី២***

| | |
|---|---|
| រូបមន្តព្យាបាលដែលត្រូវ បានណែនាំអោយប្រើ (Recommended Regimen) | TDF+3TC+LPV/RTV** |
| ជំរើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេងទៀត (Alternative Regimen) | ABC+3TC + LPV/RTV*** |

* ចំពោះអ្នកជំងឺដែលកំពុងប្រើឱសថ rifampicin សំរាប់ព្យាបាលជំងឺរបេង ត្រូវបង្កើនកំរិតដូសPI ដល់កំរិត LPV៤០០មក្រ/RTV ៤០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ តាមរយៈការផ្តល់ឱសថ RTV ១០០មក្រ ចំនួន ៣គ្រាប់ សំរាប់កំរិតដូស (dose)និមួយៗ។ ប្រសិនបើគ្មាន RTV ១០០មក្រ គ្រាប់ តែ១មុខទេ ត្រូវបង្កើនកំរិតដូស LPV/RTV ២ដង រហូតដល់កំរិត LPV ៨០០មក្រ /RTV ២០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ ការបង្កើនកំរិតដូសឱសថនេះ ត្រូវបន្តរហូតដល់២សប្តាហ៍ ក្រោយពីបញ្ចប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងដោយ rifampicin ។

**រូបមន្ត Cockcroft-Gault: GFR = (១៤០-អាយុ) x (ទំងន់ជាគក្រ) x(០.៨៥ ប្រសិនបើជាស្ត្រី)/(៧២ x creatinine ជា មក្រ/មល) ។ កំរិតដូស TDF សំរាប់ GFR > ៥០ មល/នាទី គឺ ៣០០មក្រ ១ដងក្នុង១ថ្ងៃ ហើយសំរាប់ GFR ៣០-៤៩ មល/នាទី គឺ ៣០០មក្រ រៀងរាល់ ៤៨ម៉ោង។ ប្រសិនបើ GFR < ៣០ ត្រូវប្រើជំរើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេងទៀត (alternative regimen)។

*** Atazavavir/Ritonavir (ATV/RTV) គឺជា PI ដែលគេចូលចិត្តប្រើ សំរាប់ជំនួស LPV/r នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ ឱសថ ATV/r គឺជាឱសថដែលអ្នកជំងឺអាចទ្រាំទ្របានល្អ និងមានប្រសិទ្ធិភាពដូចឱសថ LPV/r ។ ឱសថ ATV (៣០០មក្រ) ឱសថ RTV ដែលធន់នឹងកំដៅ (១០០មក្រ) និងឱសថ ATV/r បញ្ចូលគ្នា (៣០០មក្រ/១០០មក្រ) នឹងមានប្រើនៅកម្ពុជា នៅឆ្នាំ ២០១២។

## ១០ តើត្រូវធ្វើដូចម្តេចនៅពេលមានការព្យាបាលបរាជ័យនៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២?

ប្រទេសកម្ពុជា ពុំទាន់មានរូបមន្តព្យាបាលជួរទី៣ ទេ នាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ នឹងបន្តធ្វើការតាមដានកំរិតនៃការកើតភាពស៊ាំក្នុងចំណោមអ្នកជំងឺអេដស៍ដែលប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។

រហូតដល់ពេលនេះ ការប្រសើរបំផុតគឺត្រូវបន្តការព្យាបាលដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២។ **អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំទាំងអស់ ត្រូវពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកជំនាញ នៅពេលបរាជ័យនៃរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ ពីព្រោះអាចមានជំរើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេងៗទៀត ដែលមានឱសថARV ដែលមានប្រសិទ្ធិភាពល្អជាងក្នុងការសំលាប់មេរោគអេដស៍។**

# ១១ ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ក្នុងស្ថានភាពពិសេស

## *១១-១ អ្នកជំងឺអេដស៍ពេញវ័យដែលធ្លាប់ប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍*

ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់អ្នកជំងឺដែល "មានបទពិសោធន៍" (ធ្លាប់) ក្នុងការប្រើឱសថនេះពីមុនមកមានភាពស្មុគស្មាញ ហើយត្រូវធ្វើឡើងដោយមានការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ដែលមានបទពិសោធន៍ ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍។

ការប្រើឱសថ ARV សមស្រប ដែលមានប្រសិទ្ធិភាព ៣មុខបូកបញ្ចូលគ្នា ក្នុងរយៈពេលមួយនិងការបញ្ឈប់ឱសថទាំងអស់ ក្នុងពេលជាមួយគ្នាមិនបណ្តាលអោយមានការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការកើតឡើងនូវភាពស៊ាំទេ។ ត្រូវវាយតំលៃថា តើត្រូវផ្តល់ការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ហើយបើចាំបាច់ ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលសារជាថ្មី ដោយប្រើរូបមន្តឱសថបូកបញ្ចូលគ្នាដែលសមស្រប។ ត្រូវប្រើរូបមន្តព្យាបាលដើម ប្រសិនបើរូបមន្តព្យាបាលនេះមានភាពសមស្រប ហើយអ្នកជំងឺអាចទ្រាំទ្របាន និងប្រើឱសថទាំងនេះ បានត្រឹមត្រូវ ពីពេលមុនមក។

**ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបានប្រើការព្យាបាលដែលមានបញ្ចូលឱសថ NNRTI ១មុខ លើសពី ២ សប្តាហ៍ មុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលសាជាថ្មី អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវអនុវត្តវិធី Leading Dosing នៅពេលចាប់ផ្តើមប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលមាន NVP (សូមអានតារាងទី៨)។**

ចំពោះអ្នកជំងឺដែលប្រើឱសថ NRTI ១ ឬ ២មុខ សំរាប់រយៈពេលតិចជាង ២-៣ខែ ត្រូវប្តូរទៅឱសថ ARV ៣មុខ ដែលមានប្រសិទ្ធិភាព។

អ្នកជំងឺដែលបានប្រើឱសថ NRTI ១ ឬ ២មុខ សំរាប់រយៈពេលលើសពី ២-៣ខែ មានការប្រឈមមុខខ្លាំងនឹងការកើតមាន strains មេរោគអេដស៍ ដែលស៊ាំនឹងឱសថទាំងនេះ។ ការគ្រប់គ្រងថៃទាំអ្នកជំងឺក្នុងក្រុមនេះមានភាគស្មុគស្មាញ។ វិធីម្យ៉ាង គឺត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលដោយប្រើរូបមន្តព្យាបាលស្តង់ដារជួរទី១។ ប្រសិនបើការព្យាបាលទទួលបរាជ័យ រូបមន្តព្យាបាលដែលមានប្រសិទ្ធិភាពបំផុតនោះ គឺរូបមន្តព្យាបាលដែលមានបញ្ចូលឱសថក្នុងក្រុម PI ដែលមានឱសថក្នុងក្រុម NRTI ១មុខផ្សេងពីមុន។

ការគ្រប់គ្រងថៃទាំអ្នកជំងឺដែលបានប្រើរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថ ARV មិនសមស្របផ្សេងៗទៀត ត្រូវកំណត់ទៅតាមស្ថានភាពអ្នកជំងឺម្នាក់ៗ ដោយយោងទៅតាមប្រវត្តិនៃការព្យាបាលលើកមុន។ ប្រសិនបើមិនដឹងអំពីប្រវត្តិនេះទេ អាចប្រើរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដោយមានការតាមដានយ៉ាងម៉ត់ចត់ លើបរាជ័យនៃការព្យាបាល។

## *១១-២ ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលស្ថិតក្នុងវ័យដែលអាចមានគភ៌*

សេវាពន្យាកំណើតគឺជាផ្នែកសារវន្តនៃកញ្ចប់សកម្មភាព បង្ការនិងថៃទាំនៃអន្តរាគមន៍បង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន។ ការបង្ការភាពមានគភ៌ ដែលមិនបានគ្រោងទុក (unwanted pregnancies) ក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយមរណភាពមាតា និង

ទារក ហើយជាពិសេស គឺសំរាប់ស្ត្រីដែលមានការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ គឺអាចកាត់បន្ថយករណីឆ្លងមេរោគអេដស៍ថ្មីៗ ដែលកើតឡើងតាមរយៈការចំលងពីម្តាយទៅទារក (vertical transmission) ។ ប្រសិនបើប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យបានត្រឹមត្រូវ និងទៀងទាត់ គឺអាចបង្ការភាពមានគភ៌ និងជំងឺឆ្លងនានា រួមបញ្ចូលទាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ជំងឺកាមរោគ និងមេរោគអេដស៍ ផងដែរ។ ត្រូវជំរុញការបង្ការ ដោយប្រើមធ្យោបាយបង្ការ ពីរក្នុងពេលតែ១ (dual protection) មានន័យថា ការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យជាមួយវិធីពន្យាកំណើតទំនើបមួយទៀត ក្នុងបំណងបង្ការការឆ្លងរោគ និងភាពមានគភ៌។

ត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមិនមានបំណងចង់មានគភ៌ ទៅកាន់សេវាពន្យាកំណើត ហើយផ្តល់ប្រឹក្សាស្ត្រីអំពីការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ និងសារប្រយោជន៍នៃមធ្យោបាយពន្យាកំណើតទំនើប ហើយត្រូវជួយស្ត្រីទាំងនោះ អោយធ្វើការជ្រើសរើសមធ្យោយបាយ ដែលពឹងផ្អែកលើការផ្តល់ព័ត៌មានច្បាស់លាស់ (informed choice) ។ ក្រៅពីស្រោមអនាម័យ មានថ្នាំគ្រាប់សំរាប់ពន្យាកំណើត (pills) និងថ្នាំចាក់ progestogen សំរាប់ប្រើនៅតាមសេវា Pre-ART/ART ដែលអនុញ្ញាតអោយស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ អាចទទួលយកសេវាពន្យាកំណើតបានងាយស្រួលជាងមុន។

ត្រូវផ្តល់ជូនដល់ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលមានផ្ទៃពោះ ដោយពុំបានគ្រោងទុកនូវព័ត៌មានពិត និងការប្រឹក្សាប្រកបដោយក្តីអាណិត រួមទាំងព័ត៌មាន ស្តីអំពីទីកន្លែង និងពេលវេលាដែលអាចបញ្ឈប់គភ៌ដោយស្របច្បាប់និងប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ហើយត្រូវបញ្ជូនស្ត្រីទាំងនោះ ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យបង្អែក ឬ មណ្ឌលថែទាំដែលមានការអនុញ្ញាតិអោយផ្តល់សេវាពន្លូតដែលមានសុវត្ថិភាព និងមានលក្ខណៈគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (សូមអានគោលការណ៍ណែនាំជាតិសំរាប់បង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅកូន ឆ្នាំ ២០១០)។

ចំពោះស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលប្រើថ្នាំគ្រាប់ពន្យាកំណើត អ្នកជំងឺ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំត្រូវដឹងថា ឱសថ NVP និង PI ស្ទើរតែទាំងអស់ ធ្វើអោយកំរិតឱសថពន្យាកំណើតនៅក្នុងឈាមចុះទាប ជាហេតុតំរូវអោយប្រើជំរើសពន្យាកំណើតផ្សេងៗ បន្ថែមទៀត (ឧទាហរណ៍ស្រោមអនាម័យ)។ អន្តរកម្មរវាងឱសថ EFV និងការបង្ការភាពមានគភ៌ដោយប្រើអ័រម៉ូន ឬរវាងឱសថ ARV និងការបង្ការភាពមានគភ៌ដោយប្រើការចាក់អ័ម៉ូន នៅពុំទាន់ដឹងច្បាស់នៅឡើយ។ ត្រូវប្រើវិធីបង្ការភាពមានគភ៌បន្ថែម ផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងស្ថានភាពទាំងនេះ។

ស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវទទួលស្គាល់អំពីសារៈសំខាន់នៃការតាមដានពិនិត្យសុខភាព និងរោគស្ត្រីជាប្រចាំ។ អត្រានៃការកើតជំងឺសិរមាន់ (genital warts), cervical dysplasia, និង invasive cervical carcinoma (មហារីកមាត់ស្បូន) មានការកើនឡើងខ្ពស់ ក្នុងចំណោមស្ត្រីផ្ទុកមេរោគអេដស៍។

### ១១-៣ ក្មេងជំទង់ (Adolescents)

គោលការណ៍ណែនាំនេះ អាចយកមកប្រើប្រាស់ សំរាប់ការគ្រប់គ្រង ថែទាំនិងព្យាបាល ក្មេងជំទង់ ដែលមានអាយុចាប់ពី១៨ឆ្នាំ ឡើងទៅ ដែលមានការវិវត្តន៍ជិតដល់ដំណាក់កាលពេញវ័យ ផ្នែកផ្លូវភេទ (sexual maturity) (ដំណាក់កាលទី IV ឬ ទៅ V នៃចំណាត់ថ្នាក់ Tanner)។ សំរាប់ព័ត៌មាន ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ សំរាប់ក្មេងជំទង់អាយុតិចជាង១៨ ឆ្នាំ ឬ ក្មេងជំទង់ដែលមិនទាន់ឈានដល់ដំណាក់កាលពេញវ័យ ផ្នែកផ្លូវភេទ (ដំណាក់កាលទី I, II, ឬ III នៃចំណាត់ថ្នាក់ Tanner) សូមពិនិត្យគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ស្តីពីការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍សំរាប់កុមារ ដែលទើបនឹងបានកែសំរួលថ្មី នាឆ្នាំ ២០១១ នេះ។

នៅដំណាក់កាលជំទង់ កុមារដែលមានសុខភាពល្អទទួលនូវការរីកលូតលាស់ផ្នែករាងកាយ ចិត្តសាស្ត្រ និងផ្លូវភេទ ហើយឈានដល់ភាពពេញវ័យ។ កុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ ពីម្តាយជាច្រើននាក់នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា បានឈានដល់វ័យអាយុជំទង់។ ត្រូវទទួលស្គាល់ផងដែរ ក្មេងជំទង់ខ្លះឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយសារការប្រព្រឹត្តរបស់មនុស្សពេញវ័យ រួមមានការរួមភេទ និងការចាក់គ្រឿងញៀន។ កុមារជំទង់ដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយហើយ ដែលត្រូវបានរកឃើញនៅអាយុតិច មានការវិវត្តន៍គ្លីនិក និងប្រវត្តិនៃការព្យាបាលខុសពីកុមារដែលឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅពេលឈានដល់វ័យជំទង់ (teenager)។

ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់សំខាន់បំផុតនៅពេលប្រើឱសថក្នុងក្រុម NNRTI **លើកុមារីជំទង់:**

- ដោយ EFV អាចបណ្តាលអោយពុលដល់ទារកក្នុងផ្ទៃដែលកំពុងលូតលាស់ (growing fetus) មិនត្រូវប្រើឱសថនេះសំរាប់កុមារីជំទង់ ដែលមានការប្រឈមនឹងភាពអាចមានគភ៌ (មានន័យថា មានសកម្មភាពផ្លូវភេទ ហើយមិនប្រើមធ្យោបាយបង្ការភាពមានគភ៌) ឬ ដែលកំពុងស្ថិតនៅក្នុងត្រីមាសទី១នៃគភ៌ទេ។
- ភាពពុលថ្លើមស្តែងចេញជារោគសញ្ញា ឬ ការចេញកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរដែលទាកទង់នឹងការប្រើ NVP អាចងាយនឹងកើតឡើងចំពោះក្មេងស្រីជំទង់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ ( > ២៥០កោសិកា/មម$^{៣}$ ) ដែលពុំធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ ទោះបីជារោគសញ្ញាទាំងនេះ ពុំសូវជួបប្រទះក្តី។ ដូច្នេះ ត្រូវប្រើ NVP ជាឱសថសំរាប់រូបមន្តព្យាបាលជួរទី១ ដោយប្រុងប្រយ័ត្នសំរាប់កុមារីជំទង់ដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 នៅចន្លោះ ២៥០ និង ៣៥០ កោសិកា/មម$^{៣}$ ។

**ការប្រើឱសថអោយបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ក្នុងរយៈពេលយូរអង្វែង** ជួបការលំបាកសំរាប់ក្មេងជំទង់។ មូលហេតុនៃឧបសគ្គនេះ រួមមានដំណើរជីវិត/របៀបរស់នៅមិនរៀបរយពិតប្រាកដ (unstructured lifestyle) កង្វះការគាំទ្រផ្នែកសង្គម ការមិនដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុក

មេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន ការបដិសេធស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន និងការមាក់ងាយ (stigma) ។ រូបមន្តព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈសាមញ្ញ អាចជួយបង្កើនការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ បានដល់កំរិតខ្ពស់បំផុត។ លើសពីនេះទៀត ការប្រាប់អោយកុមារជំទង់ដឹង (disclosure) អំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ពួកគេ ជាញឹកញាប់អាចជួយអោយគេទទួលការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍បានកាន់តែត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់ ទោះបីជាការប្រាប់នេះ ជួបនឹងការលំបាកក្តី។ ដោយហេតុនេះហើយ ប្រការសំខាន់គឺត្រូវធានាអោយក្មេងជំទង់:

១ ដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន

២ ទទួលបានការអប់រំអំពីស្ថានភាពជំងឺ ការព្យាបាល និងសារៈសំខាន់នៃការថែទាំ និងការព្យាបាលដោយឱសថ ARV បានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។

៣ មានទំនុកចិត្ត លើសមត្ថភាពក្នុងការពិភាក្សាអំពីបញ្ហាអេដស៍ជាមួយអ្នកដទៃដែលចង់ដឹងអំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់ពួកគេ និង

៤ ត្រូវមានប្រព័ន្ធផ្តល់ការគាំទ្ររឹងមាំ ដើម្បីអោយពួកគេ អាចដឹងអំពីកន្លែងដែលត្រូវទទួលការជួយគាំទ្រ និងទទួលជំបូន្មាននានា នៅពេលចាំបាច់។

**ការផ្តល់ប្រឹក្សា ស្តីពីការបង្ការជាវិជ្ជមាន** ផ្តល់ជូនដល់ក្មេងជំទង់នូវចំណេះដឹង និងជំនាញសំរាប់បង្ការខ្លួនគេ និងដៃគូរួមភេទរបស់ពួកគេពីការឆ្លង ឬ ការឆ្លងសាជាថ្មីឡើងវិញ នូវជំងឺកាមរោគ និងមេរោគអេដស៍។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា និងគ្រូពេទ្យផ្នែកកុមារត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សា ស្តីពីការបង្ការជាវិជ្ជមាន ជូនដល់កុមារជំទង់ដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍ រាល់ពេលដែលគេមកទទួលការពិនិត្យសុខភាព ឬក៏អាចញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើចាំបាច់។ ខ្លឹមសារនៃការផ្តល់ប្រឹក្សាប្រែប្រួលទៅតាម តំរូវការរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។ ជាទូទៅ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា ត្រូវពិភាក្សាជាមួយកុមារជំទង់ អំពីបញ្ហាដូចខាងក្រោម:

- មធ្យោបាយចំលងមេរោគអេដស៍
- ការពន្យាពេលនៃសកម្មភាពផ្លូវភេទ
- សុវត្ថិភាព/ការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃសកម្មភាពផ្លូវភេទនានា
- ជំនាញស្តីពីការប្រាស្រ័យទាក់ទង និងការចរចា អំពីការរួមភេទដែលមិនសូវមានគ្រោះថ្នាក់ រួមបញ្ចូលទាំងការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ
- បញ្ហាស្តីពីការប្រាប់អោយដៃគូដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់ខ្លួន និង
- មេរោគអេដស៍ និងភាពមានគភ៌ មិនតាមបំណង (unintended pregnancies) ។

## *១១-៤ ការបង្ការការចំលងក្រោយពីមានការប៉ះពាល់នឹងមេរោគអេដស៍* 
## ***(Post-exposure Prophylaxis)***

ការផ្តល់បរិយាកាសបំរើការងារដែលមានសុវត្ថិភាព សំរាប់បុគ្គលិកសុខាភិបាល គឺជាសិទ្ធិមូលដ្ឋាន និងកត្តាជាសារវន្ត សំរាប់ធានាអោយប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពមានដំណើរការល្អ។ ដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃផលប៉ះពាល់ជំងឺឆ្លងនានា គឺត្រូវអនុវត្តវិធាន ការណ៍បង្ការជាសកល (universal precautions) នៅតាមសេវាថែទាំសុខភាព ដូចមានពិពណ៌នានៅក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ដែលត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយកាលពីខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០០២ កន្លងទៅ។ ទោះបីជាមានការអនុវត្តន៍វិធានការណ៍បង្ការជាសកលក៏ដោយ ក៏គ្រោះថ្នាក់នៃការមុតម្ជុល និងគ្រោះថ្នាក់ដែលបណ្តាលមកពីការប៉ះពាល់នឹងមេរោគ នៅតែអាចកើតឡើងដែរ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលផ្តល់ការថែទាំ និងព្យាបាលអ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ដែលមានការប៉ះពាល់នឹងមេរោគ ដែលមានគ្រោះថ្នាក់ អាចប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍។ ការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍ អាចកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លងមេរោគនេះ។ **នៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់កើតឡើង សូមពិនិត្យ និងអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំ ជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងថែទាំបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលបានប៉ះពាល់នឹងមេរោគអេដស៍ នៅពេលបំពេញការងារ (ឯកសារបោះពុម្ពឆ្នាំ ២០០៦)។**

ជាទូទៅ ការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគ នៅពេលកំពុងបំពេញការងារ មានកំរិតប្រហែល ០.៣% ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់តាមការមុតស្បែក (percutaneous exposure), ០.០៩% ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់ភ្នាសសើម និងតិចជាង ០.០៩% សំរាប់ប៉ះពាល់ស្បែក ដែលពុំមានដាច់រលាត់ ឬ មានដំបៅ (intact skin)។ ការប៉ះពាល់វត្ថុរាវក្នុងរាងកាយដូចខាងក្រោម មានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងក្នុងកំរិតតិចតួច ទោះបីជាការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នេះ មានកំរិតទាបខ្លាំង បើប្រៀបធៀបទៅនឹងការប៉ះពាល់ឈាមក្តី: វត្ថុរាវនៃខួរក្បាល និងឆ្អឹងខ្នង, វត្ថុរាវនៅសន្លាក់ឆ្អឹង, វត្ថុរាវស្រោមសួត, ស្រោមពោះ, បេះដូង និងទឹកភ្លោះ។ ការប៉ះពាល់ទឹកកាម និងវត្ថុរាវបញ្ចេញដោយទ្វារមាស ពុំមែនជាមូលហេតុនៃការឆ្លងពីអ្នកជំងឺទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំទេ នៅពេលបំពេញការងារថែទាំ ទោះបីជាវត្ថុរាវទាំងនោះ បណ្តាលអោយមានការឆ្លងតាមរយៈការរួមភេទក៏ដោយ។ ការប៉ះពាល់វត្ថុរាវដូចខាងក្រោម ពុំបណ្តាលអោយមានការប្រឈមមុខនឹងការឆ្លងទៅកាន់បុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលបានប៉ះពាល់វាទេ លើកលែងតែ វត្ថុរាវទាំងនេះ មានឈាម ដែលមើលឃើញនឹងភ្នែក (gross blood): លាមក, ទឹកសំបោរ, ទឹកមាត់, កំហាក, ញើស, ទឹកនោម និងកំអួត។

" ការប៉ះពាល់" (exposure) ត្រូវបានកំណត់ដោយ គ្រោះថ្នាក់ (injury) ដែលធ្វើអោយដាច់ស្បែក ឬការប៉ះពាល់ផ្ទាល់រវាងភ្នាសសើម ឬ ស្បែកដែលពុំមានដាច់រលាត់ ឬមានដំបៅជាមួយ

ឈាម, ជាលិកា ឬ វត្ថុរាវនៃរាងកាយផ្សេងៗទៀត ដែលអាចបង្កអោយមានការចំលងមេរោគខ្លាំង។ បន្ថែមពីជំហានទាំង៣ ដូចខាងក្រោមនេះ គំនូញបំព្រួញដែលណែនាំអំពីជំហាននានាដែលត្រូវអនុវត្តក្រោយពីមានការប៉ះពាល់ មានពណ៌នាក្នុងឧបសម្ព័ន្ធទី៣។

- **ជំហានទី១: ការគ្រប់គ្រងថែទាំជំបៅ ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងវាយតំលៃដំបូង**

ក្រោយពីមានរបាយការណ៍ អំពីការប៉ះពាល់វត្ថុរាវក្នុងរាងកាយដែលអាចមានគ្រោះថ្នាក់ឆ្លងមេរោគខ្ពស់ ដោយបុគ្គលិកសុខាភិបាលមក ត្រូវលាងសំអាតកន្លែងមុត ឬ ប៉ះពាល់នោះ ដោយប្រើសាប៊ូ និងទឹកក្នុងរយៈពេល ៣នាទី។ ត្រូវបាញ់ទឹកលាង ភ្នាសសើម រយៈពេល ១០នាទី។ ការប្រើទឹកម៉ាស៊ីនសំរាប់លាងសំអាត ជាការសមស្រប ហើយមិនត្រូវពន្យាការលាងសំអាតដោយរងចាំរកទឹកដែលសំលាប់មេរោគ ឬ សេរ៉ូមប្រៃទេ។

ប្រសិនបើពុំដឹងអំពីស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកជំងឺ ត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាដល់អ្នកជំងឺដែលជាប្រភពនៃការចំលង (source patient) អំពីការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍អោយបានឆាប់រហ័សបំផុត ទៅតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើបាន។ ការផ្តល់ប្រឹក្សាត្រូវផ្តល់ជូនក្នុងស្ថានភាពរក្សាការសំងាត់ ហើយត្រូវគោរពសិទ្ធិផ្លូវច្បាប់របស់អ្នកជំងឺក្នុងការបដិសេធការធ្វើតេស្ត។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនបដិសេធការធ្វើតេស្តឈាមនៅកន្លែងកើតហេតុនោះ ឬ ប្រសិនបើ ពុំអាចកំណត់រកអ្នកជំងឺដែលជាប្រភពនៃការចំលង (source patient) បានទេនោះ ត្រូវប្រើប្រាស់ព័ត៌មានអំពីកត្តាប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់នៃការចំលងមេរោគរបស់អ្នកជំងឺ ឬ របស់សហគមន៍របស់គាត់នៅពេលកើតមានការប៉ះពាល់ ដើម្បីវាយតំលៃលទ្ធភាពនៃការឆ្លងពីអ្នកជំងឺមេរោគអេដស៍។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺសំរេចធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ នៅតាមមណ្ឌលធ្វើតេស្តឈាមដោយស្ម័គ្រចិត្តនិងរក្សាការសំងាត់ណាមួយ មិនត្រូវពន្យាពេលធ្វើការសំរេចចិត្តព្យាបាលបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលមានការប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍ទេ។ **ត្រូវចាប់ផ្តើមការព្យាបាលក្នុងកំឡុងពេល ៤ម៉ោង ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់ទៅតាមលទ្ធភាព ដែលអាចធ្វើទៅបាន ហើយមិនត្រូវពន្យាពេលព្យាបាលហួសពី ៧២ម៉ោងទេ។** អាចបញ្ឈប់ការព្យាបាលបាន បន្ទាប់ពីបានចាប់ផ្តើមហើយ ប្រសិនបើបានទទួលលទ្ធផលបញ្ជាក់ថា អ្នកជំងឺពុំមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ទេ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ត្រូវកំណត់ដំណាក់កាលនៃជំងឺ និងប្រវត្តិប្រើឱសថ ARV ពីអតីតកាល និងនាពេលបច្ចុប្បន្ន។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV រួចហើយ (highly treatment experienced) ហើយអាចអោយមានការកកើតមេរោគដែលមានភាពស៊ាំ, ត្រូវពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកជំនាញទាក់ទងនឹងជំរើសរូបមន្តព្យាបាលសំរាប់ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីមានគ្រោះថ្នាក់ពេលបំពេញការងារថែទាំ (PEP) ។ ក៏ប៉ុន្តែ មិនត្រូវពន្យាពេលការព្យាបាលទេ។ ប្រសិនបើ ពុំអាចសុំយោបល់ពីគ្រូពេទ្យជំនាញបានភ្លាមទេនោះ ត្រូវចាប់ផ្តើមធ្វើការព្យាបាលស្តងដារ ហើយធ្វើការប្តូររូបមន្តព្យាបាល ក្រោយពីមានការណែនាំពីអ្នកជំនាញ។

ការវាយតំលៃបុគ្គលិកសុខាភិបាល ដែលបានប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍ក៏ត្រូវធ្វើក្នុងស្ថានភាពរក្សាការសំងាត់ផងដែរ។ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ (work up) ត្រូវធ្វើតាមការធ្វើតេស្តរកមេរោគអេដស៍។ ប្រសិនបើបុគ្គលិកសុខាភិបាល សំរេចថាទៅធ្វើតេស្តនៅមណ្ឌលធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ណាមួយ ត្រូវគោរពតាមការសំរេចចិត្តនេះ ហើយមិនត្រូវពន្យាពេលនៃការព្យាបាលទេ។ ប្រសិនបើបុគ្គលិកសុខាភិបាល មានលទ្ធផលតេស្តមូលដ្ឋានវិជ្ជមាន ត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាល ហើយបញ្ជូនគាត់ទៅសេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍។

ត្រូវវាយតំលៃសណ្ឋាន (nature) នៃការប៉ះពាល់ផងដែរ។ បុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលមានការប៉ះពាល់ ដូចបានពិពណ៌នាលំអិត នៅក្នុងគំនូសបំព្រួញ ត្រូវទទួលការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគ (PEP)។ បុគ្គលិកដែលមានការប៉ះពាល់កំរិតស្រាលត្រូវទទួលការគាំទ្រលើកទឹកចិត្ត ថាការប៉ះពាល់នោះ មានកំរិតតិចតួច ហើយពុំតំរូវអោយមានការព្យាបាលទេ។

- **ជំហានទី២: ការព្យាបាល និងការតាមដាន**

នៅពេលមានការសំរេចចិត្តថា ត្រូវព្យាបាលគឺ ត្រូវចាប់ផ្តើមផ្តល់ការព្យាបាលអោយបានឆាប់រហ័សបំផុត ហើយត្រូវចៀសវាងការយឺតយ៉ាវដែលបណ្តាលមកពីការបំពេញបែបបទរដ្ឋបាល។ អាចធ្វើការបំពេញបែបបទរដ្ឋបាលក្រោយពីមានការផ្តល់ឱសថ១កំរិតដូសដំបូងរួច។ រូបមន្តឱសថព្យាបាលដែលត្រូវផ្តល់អោយដោយមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគរួមមានឱសថពីរមុខបញ្ចូលគ្នា គឺ **Zidovudine ៣០០មក្រ បូកនឹង Lamivudine ១៥០មក្រ ដែលត្រូវលេបរៀងរាល់ ១២ម៉ោងម្តង សំរាប់រយៈពេល ២៨ថ្ងៃ។**

ត្រូវផ្តល់ឱសថដំបូង សំរាប់រយៈពេល ៤ថ្ងៃ ហើយត្រូវធ្វើការណាត់ជួបក្នុងរយៈពេល៣-៤ថ្ងៃក្រោយមក ដែលនៅពេលនោះ មានការពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវស្ថានភាពផ្ទុកមេរោគអេដស៍របស់អ្នកជំងឺ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល ប្រសិនបើ ពុំទាន់ដឹងច្បាស់អំពីព័ត៌មាននេះ ហើយនឹងមានការពិភាក្សាអំពីបញ្ហាផលប៉ះពាល់នៃឱសថ និងកំរិតនៃការព្យាបាលដោយត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ ប្រសិនបើ បុគ្គលិកសុខាភិបាលមិនអាចទ្រាំទ្រនឹងឱសថ Zidovudine ហើយតំរូវអោយមានការប្រើជំរើសរូបមន្តព្យាបាលផ្សេង ត្រូវប្រើ Stavudine ៣០មក្រ ជំនួស Zidovudine បូកផ្សំនឹង Lamivudine ១៥០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ សំរាប់រយៈពេល ២៨ថ្ងៃ។ ត្រូវណែនាំអោយមានការមកពិនិត្យតាមដាន ក្នុងរយៈពេល ១០-១២ថ្ងៃក្រោយមក ដើម្បីពិភាក្សាអំពីការលំបាកក្នុងការប្រើរូបមន្តព្យាបាល និងធានាអោយមានការព្យាបាលបានត្រឹមត្រូវ ទៀងទាត់ និងជាប់លាប់។ ក្នុងករណីដែលដឹងថា មានការប៉ះពាល់មេរោគអេដស៍ ដែលស៊ាំខ្លាំងនឹងឱសថ ARV ត្រូវប្រើរូបមន្តព្យាបាលដែលបូកបញ្ចូលឱសថ៣មុខ។ ជាទូទៅ រូបមន្តព្យាបាលដែលបូកបញ្ចូលឱសថ ARV ៣មុខ

សំរាប់ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគនេះ រួមបញ្ចូលឱសថក្នុងក្រុមPI១មុខ ដូចជា LPV/r ផ្សំជាមួយឱសថក្រុម nucleoside ពីរមុខបូកបញ្ចូលគ្នា។

ត្រូវធ្វើការតាមដានតាមរយៈការធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ នៅខែទី៣ និងទី៦ ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់ ហើយត្រូវផ្តល់ប្រឹក្សាទាក់ទងនឹងការចៀសវាងការផ្តល់ឈាម និងការបង្ការដៃគូរួមភេទអោយបានសមស្រប រហូតដល់មានការបញ្ជាក់ច្បាស់ថា ពុំមានការឆ្លងមេរោគអេដស៍នៅខែទី៦។

- **ជំហានទី៣: ការធ្វើរបាយការណ៍**

ត្រូវធ្វើរបាយការណ៍ ជូនដល់សេវាថែទាំ ដែលផ្តល់ការបង្ការការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ក្រោយពីមានការប៉ះពាល់មេរោគ (PEP) សំរាប់រាល់ករណីបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានប៉ះពាល់នឹងមេរោគអេដស៍។ របាយការណ៍រួមបញ្ចូលព័ត៌មាន អំពីការប៉ះពាល់ទាំងអស់ រួមទាំងការប៉ះពាល់កំរិតស្រាល ហើយមិនតំរូវអោយមានការព្យាបាលផងដែរ។ ឯកសារចំលងនៃរបាយការណ៍មួយច្បាប់ ត្រូវរក្សាទុកនៅសេវាថែទាំហើយមួយច្បាប់ទៀត ត្រូវផ្ញើជូនមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ។

# ឧបសម្ព័ន្ធ

## ឧបសម្ព័ន្ធទី១: ចំណាត់ថ្នាក់ដំណាក់កាលនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងជំងឺអេដស៍សំរាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់

| ដំណាក់កាលទី១ (Clinical stage 1) |
|---|
| • ពុំមានរោគសញ្ញា (Asymptomatic)<br>• ការហើមប៉ោងកូនកណ្តុរពេញខ្លួនជាប់ជាប្រចាំ (Persistent generalized lymphadenopathy) |
| **ដំណាក់កាលទី២ (Clinical stage 2)** |
| • ស្រកទំងន់មិនដឹងមូលហេតុ កំរិតមធ្យម (តិចជាង ១០% នៃទំងន់ដងខ្លួន)<br>• ការបង្ករោគនៅផ្លូវដង្ហើម សាចុះសាឡើង (រលាក sinus, ការរលាកអាមីដាល, ការរលាកត្រចៀកកណ្តាល, រលាកបំពង់ក)<br>• ជំងឺរើម (herpeszoster)<br>• Angular cheilitis |

- Seborrhoeic dermatitis
- ដំបៅមាត់ សាចុះសាឡើង
- Papular pruritic eruptions (PPE)
- ការដុះផ្សិតនៅក្រចក

**ជំណាក់កាលទី៣ (Clinical stage 3)**

- ស្រកទំងន់ មិនដឹងមូលហេតុ កំរិតធ្ងន់ធ្ងរ លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន
- ក្តៅខ្លួនជាប់មិនដឹងមូលហេតុ លើសពី១ខែ
- ផ្សិតក្នុងមាត់
- របេងសួត
- Oral Hairy Leukoplakia
- ការបង្ករោគធ្ងន់ធ្ងរ (ឧទាហរណ៍: រលាកសាច់សួត, ខ្ទុះក្នុងសួត (empyema), រលាកស្រោមខួរ (meningitis), រលាក និងដំបៅសាច់ដុំ (pyomyositis), ការបង្ករោគនៅឆ្អឹង ឬ សន្លាក់, bacteraemia, ជំងឺ pelvic inflammatory ធ្ងន់ធ្ងរ)
- Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis
- ភាពស្លេកស្លាំងមិនដឹងមូលហេតុ (អេម៉ូក្លូប៊ីន< ៨ក្រ/មល ), neutropenia (< ០,៥ x ១០៩/ល) និង/ឬ chronic thrombocytopenia (< ៥០ x ១០៩/ល)

**ជំណាក់កាលទី៤ (Clinical stage 4)**

- **រោគសញ្ញាចុះស្គមខ្លាំង ដែលបញ្ជាក់អំពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍**
- មហារីកជាលិកា lymphoid (Lymphoma) (cerebral or B cell non Hodgkin)
- **រលាកសាច់សួតបង្កដោយ Pneumocystis jivroveci**
- **រលាកសាច់សួតធ្ងន់ធ្ងរ បង្កដោយបាក់តេរី ដែលកើតសាចុះសាឡើង**
- របេងក្រៅសួត
- **មានផ្សិតនៅបំពង់អាហារ (ឬ ផ្សិត candidiasis នៅបំពង់ខ្យល់ ទងសួតឬ សួត )**
- Atypical disseminated leishmaniasis
- Central nervous system toxoplasmosis
- Disseminated nontuberculous mycobacteria infection
- Kaposi sarcoma
- HIV encephalopathy

- **Symptomatic HIV-associated nephropathy or HIV-associated cardiomyopathy**
- ការឆ្លងរោគបង្កដោយ herpes simplex (នៅតាមមាត់, បបូរមាត់ ប្រដាប់បន្តពូជ ឬតំបន់ រន្ធគូថ រយៈពេលច្រើនជាង ១ខែ ឬ នៅតាមសរីរាង្គក្នុងពោះណាមួយ)
- **Disseminated mycosis (histoplasmosis, coccidiomycosis)**
- Chronic isosporiasis
- **មហារីកមាត់ស្បូន ដែលរាលដាលដល់ជាលិកាដទៃ**
- Recurrent septicaemia (including nontyphoidal Salmonella)
- Cytomegalovirus disease (retinitis or infection of other organs, excluding liver, spleen and lymph nodes)
- Extrapulmonar cryptococcosis including meningitis
- Chronic cryptosporidiosis
- Progressive multifocal leukoencephalopathy

## លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យព្រឹត្តការណ៍គ្លីនិកដែលកើតនៅពេលឆ្លងមេរោគអេដស៍របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក

| ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក | រោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក | រោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់ចុងក្រោយ (Definitive diagnosis) |
|---|---|---|
| ដំណាក់កាលទី១ | | |
| ពុំមានរោគសញ្ញា | ពុំមានរោគសញ្ញាទាក់ទងនឹងការឆ្លងមេរោគអេដស៍ និងគ្មានសញ្ញាណា១នៅពេលពិនិត្យ | N/A |
| Persistent generalized lymphadenopathy | កូនកណ្តុររីកមាឌ ធំជាង ១សម តែពុំមានការឈឺចាប់នៅពីរកន្លែងឬ លើសពីនេះ (លើកលែងតំបន់ក្រលៀន) ដោយពុំមានមូលហេតុ ច្បាស់ ហើយកើតមានរយៈពេល ចាប់៣ខែ ឡើងទៅ | ការច្រឹបយកជាលិកាទៅវិភាគ |
| ដំណាក់កាលទី២ | | |

| | | |
|---|---|---|
| ការស្រកទំងន់មិនដឹងមូលហេតុ កំរិតមធ្យម (តិចជាង ១០%នៃ ទំងន់ខ្លួន) | រាយការណ៍ អំពីការស្រកទំងន់។ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការពុំឡើងទំងន់។ | ស្រកទំងន់ (<១០%នៃទំងន់ខ្លួន) ដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ |
| ការបង្ករោគនៅប្រព័ន្ធដកដង្ហើម ផ្នែកខាងលើ សាចុះសាឡើង (ជំងឺបច្ចុប្បន្ន ឬ បូកនឹងជំងឺ១ ឬ លើសពីនេះ ក្នុងរយៈពេល៦ខែចុងក្រោយ) | រោគសញ្ញាមានភាពស៊ាំញ៉ាំ (ឧទាហរណ៍: ការឈឺចាប់១ចំហៀងមុខ មានទាំងការហូរ សំបោរ (sinusitis), ការឈឺចាប់ ក្រដាសត្រចៀក (otitis media) ការរលាកបំពង់ក ដែលពុំមានលក្ខណៈជាការឆ្លងរោគដោយវីរុស (កណ្តាស់-ក្អក) | ការវិភាគមន្ទីរពិសោធន៍ ប្រសិនបើមាន ឧទាហរណ៍: ការបណ្តុះមេរោគក្នុងវត្ថុរាវក្នុងខ្លួននានា។ |
| ជំងឺរើម (Herpes zoster) | ការចេញកន្ទួលពងបែកលើស្បែក ដែលមានការឈឺចាប់ ដែលចេញ តាមបណ្តោយសរសៃប្រសាទ ដែលមិនរាលទៅផ្នែកម្ខាងទៀត នៃដងខ្លួន | រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក |
| Angular cheilitis | ស្នាមប្រះ នៅច្រវ៉ែកមាត់ ដែលមិនទាក់ទងនឹងកង្វះវីតាមីន ឬ កង្វះជាតិដែក ហើយជារឿយៗ ឆ្លើយតបទៅ នឹងការព្យាបាលដោយ ឱសថប្រឆាំងនឹងរោគផ្សិត | រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក |
| ដំបៅមាត់ សាចុះសាឡើង (ចាប់ពី ២ដងក្នុងរយៈពេល ៦ខែចុងក្រោយ) | ដំបៅពងបែក មានការឈឺចាប់ ដែលរុំពទ្ធ័ដោយរង្វង់ដែលមានការរលាក និងមានភ្នាសពណ៌លឿង ប្រផេះ (yellow-grey pseudomembrane) | រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក |
| Papular pruritic eruption | មានដុំពករមាស់លើស្បែក ដោយមានការប្រែពណ៌ជាខ្មៅក្រោយ ពេលមានការរលាក | រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក |
| Seborrhoeic dermatitis | ស្បែកឡើងបែកស្រកា និងរមាស់ ជាពិសេស នៅតាមកន្លែងដែលមានរោមច្រើន (ក្បាល ភ្លៀក ទ្រូង និងក្រលៀន) | រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក |

| | | |
|---|---|---|
| ដុះផ្សិតនៅក្រចក (Fungal nail infections) | បាតសាច់ក្រចកហើមប៉ោង និង មានការឈឺចាប់ (Paronychia) ឬ ក្រចក របូតពីម្រាម (onycholysis) (មានឡើងពណ៌សនៅចុងក្រចក ហើយក្រចកឡើងក្រាស់ ហើយរបកពីសាច់ក្រចក) | ការបណ្តុះមេរោគផ្សិតនៅក្រចក (Fungal culture of nail / nail plate material) |
| **ដំណាក់កាលទី៣** | | |
| ការស្រកទំងន់ធ្ងន់ធ្ងរ(លើសពី១០% នៃទំងន់ខ្លួន) | អ្នកជំងឺប្រាប់ពីការស្រកទំងន់ មិនដឹងមូលហេតុ (ច្រើនជាង ១០% នៃទំងន់ខ្លួន) មុខឡើងជ្រុង មើលឃើញច្បាស់ និងដងខ្លួន អវៈយវៈមានសភាពស្គមខ្លាំង ឬ body mass index < ១៨,៥។ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការស្រក ទំងន់អាចពុំមានភាពច្បាស់ទេ | ការស្រកទំងន់ចាប់ពី ១០%នៃទំងន់ខ្លួនដែលមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ត្រឹមត្រូវ |
| រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ មិនដឹងមូលហេតុមានរយៈពេលលើសពី១ខែ | រាគរូសរ៉ាំរ៉ៃ (លាមករាវ ចាប់ពី ៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ) រយៈពេលលើស ពី១ខែ | មិនចាំបាច់ទេ បន្តែត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបញ្ជាក់ឲ្យបានច្បាស់លាស់ ហើយមានរាគចាប់ពី៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ ហើយលាមកមានសភាពរាវ ហើយការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ លើលាមកពុំរកឃើញមានមេរោគ |
| គ្រុនក្តៅមិនដឹងមូលហេតុ លើសពី១ខែ (ក្តៅបាត់ៗ ឬ ក្តៅជាប់ហើយមានរយៈពេលលើសពី១ខែ) | អ្នកជំងឺប្រាប់ថា មានគ្រុនក្តៅ ឬ បែកញើសពេលយប់លើសពី១ខែ អាចមានបាត់ៗ ឬ មានជាប់រហូត ហើយពុំមានការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ឬ ឱសថព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់ ដោយពុំមានជំងឺនៅកន្លែងដទៃៗ ទៀត ប្រាប់ដោយអ្នកជំងឺ ឬ ពេល ពិនិត្យគ្លីនិក។ ត្រូវផាត់ចោលជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅតំបន់ដែលមានគ្រុន ចាញ់ច្រើន | ភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា កំដៅខ្លួនលើសពី ៣៧,៦°C ហើយការបណ្តុះមេរោគអវិជ្ជមាន, ការបំពាក់ពណ៌ Ziehl-Nielsen អវិជ្ជមាន, ការពិនិត្យSlide អវិជ្ជមាន, ការថតសួតធម្មតា ឬ មិនមានការផ្លាស់ប្តូរ ហើយពុំមានការឆ្លងរោគនៅ កន្លែងដទៃទៀត |
| ផ្សិតក្នុងមាត់ (Oral candidiasis) | បន្ទះពណ៌ស ដូចទឹកដោះគោដុះ ជាប់ ឬ កើតបាត់ៗ ដែលរបកចេញពេលកោស (pseudomembranous) ឬ បន្ទះពណ៌ក្រហមលើអណ្តាត ក្រឡើត ឬ ផ្ទៃមាត់ | រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក |

| | | |
|---|---|---|
| | ខាងក្នុង ជាញឹកញាប់ មានការ ឈឺចាប់ ឬ ឈឺពេលប៉ះ (tender) (erythematous form) | |
| Oral hairy leukoplakia | មានដុះសាច់ជាសរសៃខ្សែតូចៗ ពណ៌ស ឬអង្កាញ់ៗ នៅគែមអណ្ដាតដែល មិនរបកពេលកោស | រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក |
| របេងសួត | រោគសញ្ញារ៉ាំរ៉ៃ (ដែលមានរយៈពេលយ៉ាងហោច២ទៅ៣ សប្តាហ៍) ក្អក, ក្អកឈាម, ថប់ដង្ហើម, ឈឺទ្រូង, ស្រកទំងន់, គ្រុនក្តៅ, បែកញើសពេល យប់ បូកនឹងការពិនិត្យកំហាកវិជ្ជមាន ឬការពិនិត្យកំហាក អវិជ្ជមាន និងការថតសួត បញ្ជាក់ អំពីជំងឺរបេង (ដែលមាន infiltrates នៅក្លែបសួតខាងលើ ប្រហោង pulmonary fibrosis and shrinkage) ពុំមានភស្តុតាង បញ្ជាក់អំពីជំងឺរបេងក្រៅសួត | ការរកឃើញ M. tuberculosis នៅក្នុងការបណ្ដុះកំហាក ឬធ្វើការពិនិត្យសាច់សួតដែលច្រឹប(បូកផ្សំជាមួយរោគសញ្ញាបញ្ជាក់ថាមានជំងឺរបេង) |
| ការបង្ករោគដោយបាក់តេរីធ្ងន់ធ្ងរ (រលាកសាច់សួត រលាកស្រោមខួរ) empyema, pyomyositis, bone or joint infection, bacteraemia, severe pelvic inflammatory disease) | គ្រុនក្តៅរួមជាមួយសញ្ញា ឬរោគសញ្ញាជាក់លាក់ ដែលបញ្ជាក់អំពីទីតាំងបង្ករោគ ហើយមានការឆ្លើយទៅនឹងការព្យាបាល ដោយអង់ទីប៊ីយោទិកសមស្រប | ការរកឃើញបាក់តេរី នៅក្នុងសំណាកវត្ថុវិភាគសមស្រប (ជាទូទៅគឺ កន្លែងដែលពុំមានមេរោគ) |
| Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis | មានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ រលាកសាច់អញ្ចាញធ្មេញ ជ្រុះធ្មេញ មាត់ហូរឈាមដោយឯកឯង មានក្លិនស្អុយ ការពុកឆ្អឹង និង/ឬរលួយ ជាលិកាទន់ | រោគវិនិច្ឆ័យបែបគ្លីនិក |
| ភាពស្លេកស្លាំងមិន | ពុំអាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក | រោគវិនិច្ឆ័យត្រូវធ្វើឡើង |

| | | |
|---|---|---|
| ដឹងមូល ហេតុ (អេម៉ូក្លូប៊ីន<៨ក្រ/ដល) , neutropenia (<០,៥x ១០៩/ល) និង/ឬ chronic (លើសពី១ខែ) thrombocytopenia (<៥០x ១០៩/ល) | រកមូលហេតុសង្ស័យបានទេ | តាមការពិនិត្យផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍ ហើយពុំមានមូលហេតុ ដែលពុំមែនការឆ្លងមេរោគអេដស៍ផ្សេងៗទៀត ពុំឆ្លើយតបនឹងឱសថ ព្យាបាល កង្វះគ្រាប់ឈាមក្រហម, ឱសថព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់, ឱសថព្យាបាលជំងឺព្រូនពោះវៀន ដូចណែនាំក្នុងគោលការណ៍ណែនាំជាតិ ឯកសារ IMCI របស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក ឬ គោលការណ៍ណែនាំជាតិផ្សេងៗទៀត។ |
| **ដំណាក់កាលទី៤** | | |
| រោគសញ្ញាចុះស្គមខ្លាំង ដែល បញ្ជាក់ពីការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HIV wasting syndrome) | អ្នកជំងឺនិយាយប្រាប់ថា ស្រកទំងន់ខ្លួនដោយមិនដឹងមូលហេតុ (លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន) ដោយមានសភាពស្គមខ្លាំង ឬ body mass index < ១៨,៥ បូកនឹង មានការរាគរូសរ៉ាំរ៉ៃមិនដឹងមូល ហេតុ(បន្ទោរបង់លាមកទន់ ឬរាវ លើសពី៣ដងក្នុង១ថ្ងៃ) រយៈពេល ច្រើនជាង១ខែ ឬ មានគ្រុនក្តៅ ឬ បែកញើសពេលយប់ ច្រើនជាង១ខែ ដោយពុំមានមូលហេតុផ្សេងៗទៀត ហើយពុំមានការឆ្លើយតបនឹងកាព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក ឬ ឱសថព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់។ ត្រូវផាត់ចោលជំងឺគ្រុនចាញ់ នៅ តំបន់ដែលកើតជំងឺគ្រុនចាញ់ញឹកញាប់ | រកឃើញការស្រកទំងន់លើសពី១០%នៃទំងន់ខ្លួន **បូកនឹង**រាគរូសលើសពី២ដង ដែលពុំមានមេរោគ ឬ រកឃើញថាមានក្តៅខ្លួនលើសពី ៣៧,៦°C ដែលពុំមានរោគសញ្ញាជំងឺដទៃៗទៀត ការបណ្តុះមេរោគ និងការពិនិត្យ slides រកជំងឺគ្រុនចាញ់ ផ្តល់លទ្ធផលអវិជ្ជមាន និង ថតសួតផ្តល់លទ្ធផលធម្មតា ឬ ពុំមានការផ្លាស់ប្តូរពីស្ថានភាពមុន |
| ការរលាកសាច់សួតបង្កដោយ Pneumocystis | មានការហត់នៅពេលប្រឹង ឬ ក្អកស្ងួត ដែលទើបចាប់ផ្តើមថ្មីៗ (ក្នុងរយៈពេល ៣ខែចុងក្រោយ) ចង្វាក់ ដង្ហើមដើរញាប់ និងមានគ្រុនក្តៅ និងការថតសួតបញ្ជាក់ពី Infiltrates, ពាសពេញជាលិកាចន្លោះសាច់សួតទាំងសងខាងនិងគ្មានភស្តុតាង | Cytology ឬ ការពិនិត្យវត្ថុរាវបានពីកំហាក ឬ ការលាង ទងសួត fluorescent microscopy ការពិនិត្យជាលិកាសួត |

| | | |
|---|---|---|
| | បញ្ជាក់អំពី រលាកសាច់សួតបង្កដោយបាក់តេរី ។ មានសំលេង crepitations នៅសួតទាំងសងខាងពេលស្ដាប់សួត ដោយមានឬគ្មានការថយចុះខ្យល់ក្នុងសួត | |
| រលាកសាច់សួតធ្ងន់ធ្ងរបង្កដោយបាក់តេរី ដែលកើតសាចុះសាឡើង (ជំងឺកើតលើកនេះ ឬបូកផ្សំនឹងជំងឺកើតមុនៗចាប់ ពីម្ដងឡើងក្នុងរយៈពេល ៦ខែចុងក្រោយ) | ជំងឺកើតលើកនេះ ឬបូកផ្សំនឹងជំងឺកើតមុនៗចាប់ ពីម្ដងឡើង ក្នុងរយៈពេល៦ខែចុងក្រោយ។រោគសញ្ញាចាប់ផ្ដើមក្នុងលក្ខណៈស្រួច ស្រាវ(<២សប្ដាហ៍) (ឧទាហរណ៍ គ្រុនក្ដៅ, ក្អក, ពិបាកដកដង្ហើម និងឈឺទ្រូង)បូកនឹងរោគសញ្ញា consolidation ពេលពិនិត្យឬថតសួត។ ឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយអង់ទីប៊ីយោទិក។ | ការបណ្ដុះរោគរូស ឬ រក antigen សំរាប់មេរោគជាក់លាក់ផ្ដល់ លទ្ធផលវិជ្ជមាន |
| ការបង្ករោគវ៉ារុសដោយ herpes simplex virus (នៅមាត់ បបូរមាត់ ប្រដាប់បន្តពូជ ឬ តំបន់រន្ធគូថ) លើសពី១ខែ ឬ នៅតាម សរីរាង្គផ្សេងៗទៀត ដោយមិនគិតពីរយៈពេលកើត | ដំបៅនៅតាមរន្ធគូថ ឬ មាត់ និង បបូរមាត់ ដែលកើតដោយសន្សឹមៗ ហើយមានការឈឺចាប់។ ដំបៅនៃការរើឡើងវិញនៃការបង្ករោគដោយ HSV ដែលមានរយៈពេល>១ខែ។ មានប្រវត្តិកើតជំងឺនេះលើកមុន។ ការបង្ករោគដោយ HSV នៅតាមសរីរាង្គផ្សេងៗទាមទារឲ្យមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យច្បាស់លាស់។ | ការបណ្ដុះមេរោគ ឬ តេស្ត DNA (ដោយបច្ចេកទេសPCR) រក HSV ផ្ដល់លទ្ធផលវិជ្ជមាន ឬ ការពិនិត្យកោសិកា/ជាលិកាផ្ដល់លទ្ធផលបញ្ជាក់ពី HSV |
| ផ្សិត candidia នៅបំពង់អាហារ | ការឈឺចាប់តំបន់ក្រោយឆ្អឹងទ្រូង ឬ ពិបាកលេបអាហារ ទឹក ក្នុងរយៈ ពេលថ្មីៗកន្លងទៅ ដែលកើតជាមួយការដុះផ្សិតក្នុងមាត់ | ទិដ្ឋភាពជំងឺដែលបញ្ជាក់ដោយការឆ្លុះបំពង់អាហារ ឬ ឆ្លុះទងសួត ឬ វិភាគកោសិកា/ជាលិកា(microscopy /histology) |
| ជំងឺរបេងក្រៅសួត | **រោគសញ្ញាទូទៅ** (ឧទាហរណ៍ គ្រុនក្ដៅ, បែកញើសពេលយប់, ហាត់ និងស្រកទំងន់) ភស្តុតាង បញ្ជាក់ ពីជំងឺរបេងក្រៅសួតឬជំងឺ របេងរាលដាលពេញខ្លួន | រកឃើញ M. tuberculosis ឬ ការវិភាគលិកាពីសរីរាង្គផ្សេងៗបង្ហាញថាលទ្ធផលថាមានជំងឺរបេង រួមផ្សំជាមួយ |

| | | |
|---|---|---|
| | ប្រែប្រួល ទៅតាមកន្លែងដែលប៉ះពាល់: ការប៉ះពាល់ដល់ស្រោមសួត, ស្រោមបេះដូង, ស្រោមពោះ, រលាកស្រោមខួរ, ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរ នៅតំបន់(ចន្លោះសួតទាំងពីរ) និងពោះរលាកឆ្អឹង។ **ជំងឺរបេង** Miliary, ថតសួតបង្ហាញអំពី micronodules រាយ ប៉ាយស្មើសាច់ពេញសាច់សួត,ហើមប៉ោងកូនកណ្តុរនៅតិចតួច ដែលបណ្តាលមកពីការឆ្លងមេរោគ M. tuberculosis ត្រូវចាត់ទុកថាជាសណ្ឋានជំងឺរបេងក្រៅសួតដែលមិនសូវមានភាពធ្ងន់ធ្ងរ | រោគសញ្ញា និងសញ្ញាបញ្ជាក់អំពី ជំងឺរបេង(ប្រសិន បើមានការបណ្តុះមេរោគ ឬការវិភាគជាលិកាពីកំហាក ដែលយកពីប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើម ត្រូវមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការកើតជំងឺផ្សេងៗក្រៅពីជំងឺសួត) |
| Kaposi sarcoma | ការកើតបន្ទះរាបមានពណ៌ក្លូលាប ឬជាំដូចឈាមលើស្បែកបន្ទះ នេះអាចវិវត្តទៅជាបន្ទះ ឬ ដុំដែលមានពណ៌ស្វាយខ្ចី | ទិដ្ឋភាពជំងឺដែលបញ្ជាក់ដោយការឆ្លុះប្រដាប់រំលាយអាហារ ឬទងសួត ឬ តាមការវិភាគជាលិកា (histology) |
| Cytomegalovirus disease (រលាករេទីន ឬការបង្ករោគនៅសរីរាង្គដទៃៗទៀត លើកលែងតែ ថ្លើម ផាល និង កូនកណ្តុរ) | **សំរាប់ការរលាករេទីន:** អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យបានដោយគ្រូពេទ្យ ដែលមានបទពិសោធន៍។ រោគសញ្ញានៅភ្នែកពេលពិនិត្យបាត ភ្នែក: ស្នាមសតូចល្អិម នៅលើ រេទីន ដែលមានគែមច្បាស់រាលដាល ពីកណ្តាលទៅក្រៅ តាមសរសៃឈាម ហើយមានការរលាកសរសៃ ការហូរឈាម និងរលួយ | រោគសញ្ញាបញ្ជាក់តាមការពិនិត្យជាលិកា ឬការរកឃើញ CMV នៅក្នុងវត្ថុរាវស្រោមខួរ តាមការ បណ្តុះមេរោគ ឬការពិនិត្យជាលិកា |
| CNS toxoplasmosis | ភាពមិនប្រក្រតី នៃប្រព័ន្ធប្រសាទបញ្ជាក់ពីការប៉ះពាល់កន្លែងជាក់លាក់ ដែលកើតឡើងក្នុងពេលថ្មីៗ ឬស្មារតីថយ ចុះ **និង**ការឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលមូលហេតុជាក់លាក់ក្នុង រយៈពេល ១០ថ្ងៃ។ | ការធ្វើតេស្តរកអង្គបដិបក្ខប្រាណ របស់ toxoplasmosis មានលទ្ធផលវិជ្ជមាន**និង** (ប្រសិនបើមាន) ការថតឆ្លុះខួរក្បាលបង្ហាញអំពីការដុះដុំសាច់នៅក្នុងខួរក្បាល ១ ឬច្រើន ( CT ឬ MRI)។ |
| HIV encephalopathy | ការពិនិត្យគ្លីនិករកឃើញមាន ភាព (ការមិន ប្រក្រតីនៃការចងចាំ ឬ ការធ្វើចលនារាងកាយ ដែល ប៉ះពាល់ដល់ | ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ត្រូវធ្វើឡើងតាមការផាត់ចោលជំងឺផ្សេងៗទៀត ហើយការ |

| | | |
|---|---|---|
| | ការធ្វើសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ហើយ មានការ វិវត្តន៍ ទៅរកភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ ក្នុងរយៈពេលច្រើនសប្តាហ៍-ខែ ដោយ ពុំមានលក្ខខណ្ឌផ្សេង ក្រៅពីការឆ្លង មេរោគអេដស៍ | ថតឆ្លុះខួរក្បាល ( CT ឬ MRI) ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន |
| Extrapulmonary cryptococcosis (including meningitis) | រលាកស្រោមខួរ មានលក្ខណៈ មិនសូវស្រួចស្រាវមានគ្រុនក្តៅ និងឈឺក្បាល ដែលមានសភាព ធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ សញ្ញា បញ្ជាក់ពីការ រលាកស្រោមខួរ (meningism) វង្វេងស្មារតី (confusion) ការផ្លាស់ ប្តូរអកប្បកិរិយាដែលឆ្លើយតបទៅនឹងការ ព្យាបាលការបង្ករោគដោយ cryptococccus | ការរកឃើញ Cryptococcus neoformans នៅតាមកន្លែងនៃ ដងខ្លួនផ្សេងៗ ក្រៅពីសួត ឬតេស្ត antigen Cryptococcus នៅលើឈាម ឬ វត្ថុរាវស្រោម ខួរ (CRAG) ផ្តល់លទ្ធផល វិជ្ជមាន។ |

ចំណាត់ថ្នាក់នៃភាពពុលដែលកំណត់ដោយ រោគសញ្ញាគ្លីនិក និងលទ្ធផលតេស្តអមវេជ្ជសាស្ត្រ

| ការប៉ាន់ស្មានភាពធ្ងន់ធ្ងរ | ស្រាល<br>កំរិតទី១ | មធ្យម<br>កំរិតទី២ | ធ្ងន់ធ្ងរ<br>កំរិតទី៣ | គំរាមកំហែងដល់ ជីវិត<br>កំរិតទី៤ |
|---|---|---|---|---|
| ព្រឹត្តិការណ៍គ្លីនិក ដែលមិនមានកំណត់ នៅក្នុងតារាងនេះ | រោគសញ្ញាដែលពុំរំខានដល់ការធ្វើសកម្មភាពការងារប្រចាំថ្ងៃឬការធ្វើចលនាកំរើកខ្លួន | រោគសញ្ញាដែលរំខានដល់ការធ្វើពុំសកម្មភាពធម្មតាប្រចាំថ្ងៃឬមានចលនាកំរើកខ្លួន | រោគសញ្ញាដែលរារាំងអ្នកជំងឺអាចធ្វើសកម្មភាពធម្មតាប្រចាំថ្ងៃមានចលនាកំរើកខ្លួន | រោគសញ្ញាធ្វើឲ្យ អ្នកជំងឺពុំអាចធ្វើ ការថែទាំខ្លួនឯងបាន ឬ អន្តរគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រ ឬ វះ កាត់ដែលត្រូវ អនុវត្តដើម្បីបង្ការការចុះខ្សោយភាពពិការជាស្ថាពរ ឬ ស្លាប់ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Haemoglobin | ៨,០-៩,៤ក្រ/ដល ឬ<br>៨០-៩៤ ដ/ល ឬ<br>៤,៩-៣៥,៨៣ mmol/ល | ៧,០-៧,៩ ក្រ/ដល ឬ<br>៧០-៧៩ ដ/ល ឬ<br>៤,៣១-៤,៩២ mol/ល | ៦,៥-៦,៩ក្រ/ដល ឬ<br>៦៥-៦៩ ដ/ល ឬ<br>៤,០៣-៤,៣០ mmol/ល | <៦,៥ក្រ/ដល ឬ<br><៦៥ ក្រ/ល ឬ<br><៤,០៣mmol/ល |
| ចំនួនកោសិកាAbsolute neutrophil | ១០០០-១៥០០/មម$^{៣}$ ឬ<br>១,០-១,៥ក្រ/ល* | ៧៥០-៩៩៩/មម$^{៣}$ ឬ<br>០,៧៥-០,៩៩ ក្រ/ល* | ៥០០-៧៤៩/មម$^{៣}$ ឬ<br>០,៥-០,៧៤៩ក្រ/ល* | <៥០០/មម$^{៣}$ ឬ<br><០,៥ក្រ/ល* |
| Platelets (ប្លាកែត) | ៧៥០០០- ៩៩០០០ /មម$^{៣}$<br>ឬ ៧៥-៩៩/ក្រ/ល* | ៥០០០០-៧៤៩៩៩/មម$^{៣}$ ឬ ៥០-៧៤,៩/ក្រ/ល* | ២០០០០-៤៩៩៩៩/មម$^{៣}$ ឬ<br>២០-៤៩,៩/ក្រ/ល* | <២០០០០/មម$^{៣}$ ឬ<br><២០/ក្រ/ល* |
| **ការវិភាគគីមីសាស្ត្រ** | **ស្រាល<br>កំរិតទី១** | **មធ្យម<br>កំរិតទី២** | **ធ្ងន់ធ្ងរ<br>កំរិតទី៣** | **គំរាមកំហែងដល់ ជីវិត<br>កំរិតទី៤** |
| Hyperbilirubinaemia | >១,០-១,៥xULN | >១,៥-២,៥xULN | >២,៥-៥xULN | >៥xULN |
| Glucose (fasting) | ១១០-១២៥ មក្រ/ដល | ១២៦-២៥០ មក្រ/ដល | ២៥១-៥០០មក្រ/ដល | >៥០០មក្រ/ដល |
| Hypoglycaemia | ៥៥-៦៤មក្រ/ដល ឬ<br>៣,០១-៣,៥៥ mmol/ល | ៤០-៥៤មក្រ/ដល ឬ<br>២,១៩-៣.០០ mmol/ល | ៣០-៣៩មក្រ/ដល ឬ<br>១,៦៧-២,១៨mmol/ល | <៣០មក្រ/ដល ឬ<br><១.៦៧ mmol/ល |
| Hyperglycaemia (nonfasting and no prior diabetes) | ១១៦-១៦០ មក្រ/ដល ឬ<br>៦,៤៤-៨,៩០ mmol/ល | ១៦១-២៥០ មក្រ/ដល ឬ<br>៨,៩១-១៣,៨៨ mmol/ល | ២៥១-៥០០មក្រ/ដល ឬ<br>១៣,៨៩-២៧,៧៦ mmol/ល | >៥០០មក្រ/ដល ឬ<br>>២៧,៧៦ mmol/ល |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Triglycerides | - | ៤០០-៧៥០ មក្រ/ដល ឬ ៤,៥២-៨,៤៧ mmol/ល | ៧៥១-១២០០ មក្រ/ដល ឬ ៨,៤៨-១៣,៥៥ mmol/ល | >១២០០មក្រ/ដល ឬ >១៣.៥៥ mmol/ល |
| Creatinine | >១,០-១,៥xULN | >១,៥-៣,០ x ULN | >៣,០-៦,០ x ULN | >៦,០ x ULN |
| AST (SGOT) | ១,២៥-២,៥xULN | >២,៥-៥,០xULN | >៥,០-១០,០x ULN | >១០,០ x ULN |
| ALT (AST) | ១,២៥-២,៥xULN | >២,៥-៥,០xULN | >៥,០-១០,០xULN | >១០,០ x ULN |
| GGT | ១,២៥-២,៥xULN | >២,៥-៥,០xULN | >៥,០-១០,០xULN | >១០,០ x ULN |
| Alkaline phos. | ១,២៥-២,៥xULN | >២,៥-៥,០xULN | >៥,០-១០,០xULN | >១០,០ x ULN |
| Bilirubin | ១,១-១,៥xULN | ១,៦-២,៥x ULN | ២,៦-៥,០ x ULN | >៥ x ULN |
| Amylase | >១,០-១,៥x ULN | >១,៥-២,០x ULN | >២,០-៥,០x ULN | >៥,០ x ULN |
| Pancreatic amylase | >១,០-១,៥x ULN | >១,៥-២,០x ULN | >២,០-៥,០x ULN | >៥,០ x ULN |
| Lipase | >១,០-១,៥x ULN | >១,៥-២,០x ULN | >២,០-៥,០x ULN | >៥,០ x ULN |
| Lactate | <២,០ x ULN គ្មាន acidosis | >២,០ x ULN គ្មាន acidosis | ការកើនឡើងជាតិ lactate ដែលមាន pH <៧,៣ ដែលមិនបណ្តាលឲ្យមានផលវិបាក ដល់អាយុជីវិត | ការកើនឡើងជាតិ lactate ដែលមាន pH <៧,៣ ដែលមិនបណ្តាលឲ្យមានផលវិបាកដល់អាយុជីវិត |
| **ប្រព័ន្ធក្រពះពោះវៀន** | **ស្រាល** | **មធ្យម** | **ធ្ងន់ធ្ងរ** | **គំរាមកំហែងដល់ ជីវិត** |

| | កំរិតទី១ | កំរិតទី២ | កំរិតទី៣ | កំរិតទី៤ |
|---|---|---|---|---|
| ចង្អោរ | មានលក្ខណៈ តិចតួច ឬកើតរយៈពេលខ្លី ហើយបាត់ទៅ វិញ ការទទួលទាន អាហារ ឬ ទឹកត្រូវ រក្សាដដែល | ពិបាកទ្រាំកំរិត មធ្យម ឬ មាន ការថយ ចុះនូវការ ទទួល អាហារ ឬ ទឹក<៣ថ្ងៃ | ពិបាកទ្រាំ ធ្ងន់ធ្ងរ ឬមានការទទួលទាន អាហារឬ ទឹកតិចតួច បំផុត សំរាប់ រយៈពេល <៣ថ្ងៃ | តំរូវឲ្យមានការ សំរាកពេទ្យ |
| ក្អួត | មានលក្ខណៈ តិចតួច ឬកើត រយៈពេលខ្លី ហើយបាត់ទៅ វិញក្អួត ២ទៅ៣ ដង/ថ្ងៃឬក្អួត បន្តិចបន្តួច<១ សប្តាហ៍ | មានកំរិតមធ្យ ម ឬ នៅតែមានឥ តឈប់ ក្អួត ៤ទៅ៥ដង/ ថ្ងៃឬ ក្អួត>១ សប្តាហ៍ | ក្អួតធ្ងន់ធ្ងរបញ្ចេញ អាហារ ទឹកមកវិញអស់ ក្នុងរយៈពេល២៤ម៉ោង ឬមាន ការ ថយចុះ សំពាធ ឈាម ពេល ក្រោកឈរ ឬតំរូវឲ្យមាន ការព្យាបាល ដោយ បញ្ចូលជាតិទឹកតាម សរសៃឈាម | សភាព Shock បង្កឲ្យមានការ ថយចុះសម្ពាធ ឈាម ឬ តំរូវ ឲ្យមាន ការ សំរាកពេទ្យ ដើម្បី ព្យាបាល ដោយការ បញ្ចូលទឹក តាមសរសៃ |
| រាគរូស | មានលក្ខណៈ តិចតួច ឬកើត បាន១រយៈខ្លី ហើយបាត់ទៅ វិញ ក្អួត ២ទៅ៣ ដង /ថ្ងៃឬក្អួតមានរយៈ ពេល<១ សប្តាហ៍ | មានលក្ខណៈ មធ្យម ឬទៅតែ មានឥត ឈប់រាគ៥ ទៅ៧ដង/ថ្ងៃ ឬ រាគមាន រយៈពេល ≥១ សប្តាហ៍ | រាគមានឈាម ឬ មានការថយចុះ សំពាធឈាម ពេលឬរាគ>៧ដង/ថ្ងៃ ឬទាមទារ ឲ្យមាន ការព្យាបាល ដោយ សារការបញ្ចូលជាតិទឹក តាមសរសៃ | សភាព Shock បង្កឲ្យមានការ ថយចុះសម្ពាធ ឈាម ឬ តំរូវឲ្យ មានការសំរាក ពេទ្យដើម្បី ព្យាបាលដោយ ការបញ្ចូលទឹក តាមសរសៃ |
| ប្រព័ន្ធដកដង្ហើម | ស្រាល កំរិតទី១ | មធ្យម កំរិតទី២ | ធ្ងន់ធ្ងរកំរិតទី៣ | គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤ |
| ពិបាកដកដង្ហើម (dyspnea) | ពិបាកដកដង្ហើម ពេលប្រឹង | ពិបាកដកដង្ហើម ពេលមាន ចលនា | ពិបាកដកដង្ហើម ពេលសំរាក | ពិបាកដកដង្ហើមទាមទារ ឲ្យមាន ការព្យាបាល |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ធម្មតា | | ដោយ អុកស៊ីហ្សែន |
| **ការវិភាគទឹកនោម** | **ស្រាល**<br>**កំរិតទី១** | **មធ្យម**<br>**កំរិតទី២** | **ធ្ងន់ធ្ងរ**<br>**កំរិតទី៣** | **គំរាមកំហែងដល់ជីវិត កំរិតទី៤** |
| Proteinuria | | | | |
| Spot urine | ១+ | ២+ ឬ ៣+ | ៤+ | Nephrotic Syndrome |
| ទឹកនោមក្នុង២៤ម៉ោង | ២០០មក្រ ទៅ១ក្រ បាត់ពី/<br>ថ្ងៃ ឬ <០,៣% ឬ <៣ ក្រ/ល | ១ក្រ ទៅ ២ក្រ បាត់ពី/<br>ថ្ងៃ ឬ ០,៣% ទៅ១.០% ឬ៣ក្រ ទៅ ១០ ក្រ/ល | ២ក្រទៅ៣,៥ក្រ បាត់ពី/ថ្ងៃ ឬ<br>>១,០% ឬ<br>>១០ក្រ/ល | Nephrotic syndrome<br>OR<br>>3.5 g loss/day |
| នោមឈាម | Microscopic only | Gross, no clots | Gross plus clots | ស្ទះ |
| **បញ្ហាផ្សេងៗ** | **ស្រាល**<br>**កំរិតទី១** | **មធ្យម**<br>**កំរិតទី២** | **ធ្ងន់ធ្ងរ**<br>**កំរិតទី៣** | **គំរាមកំហែងដល់ជីវិត**<br>**កំរិតទី៤** |
| គ្រុនក្តៅ | ៣៧,៧-៣៨,៥ $^{0}$C ឬ<br>១០០,០-១០១,៥ $^{0}$F | ៣៨,៦-៣៩,៥ $^{0}$C ឬ<br>១០១,៦-១០២,៩ $^{0}$F | ៣៩,៦-៤០,៥ $^{0}$C ឬ<br>១០៣-១០៥ $^{0}$F | >៤០,៥ $^{0}$C ឬ<br>>១០៥ $^{0}$F សំរាប់រយៈពេល≥12 ម៉ោង |
| ឈឺក្បាល | តិចតួចមិនតំរូវឲ្យមានការព្យាបាល | មធ្យម ឬតំរូវឲ្យមានការព្យាបាលដោយឱសថnon-narcotic | ធ្ងន់ធ្ងរ ឬ ឆ្លើយតបទៅនឹងការព្យាបាលដោយឱសថ narcotic | ទ្រាំលែងបាន |
| Allergic | រមាស់តែគ្មានចេញ | ចេញកន្ទា | ចេញកន្ទាល ត្រអាក | Anaphylaxis |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| reaction | កន្ទួល | ល ត្រអាកដោយ កន្លែង | ពេញខ្លួន (angioedema) | |
| Rash hypersesnitivity | Erythema, pruritus | Diffuse maculopa-pular rash OR dry desquamation | Vesiculation OR moist desquamation OR ulceration | ប្រសិនបើមានការប៉ះពាល់ភ្នាសសើម ត្រូវសង្ស័យដល់ Stevens-Johnson TEN), erythema multiforme, exfoliative dermatitis |
| ហេវហាត់ | កាត់បន្ថយសកម្មភាពធម្មតា<25% | កាត់បន្ថយសកម្មភាពធម្មតា25-50% | កាត់បន្ថយសកម្មភាពធម្មតា>50%; មិនអាចធ្វើការបាន | មិនអាចសំអាតខ្លួនឯងបាន |

ប្រភពឯកសារ: Division of AIDS, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, version 1.0 December 2004, clarification August 2009.

**កំណត់សំគាល់:** ចំណាត់ថ្នាក់នេះមានបញ្ចូលភាពពុលកំរិតទី៥ដែលជាការស្លាប់។

**សំរាប់ភាពមិនប្រក្រតីណាដែលពុំមាននៅក្នុងតារាងព្យាបាលសូមប្រើប្រាស់ពត៌មាន ស្តីពីការវាយតំលៃអំពីកំរិតធ្ងន់ធ្ងរ នៅក្នុងជួរទី១នៃតារាង**

## ឧបសម្ព័ន្ធទី២: ការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងផលប៉ះពាល់របស់ឱសថ

- **ស្វែងយល់អំពីឱសថ ARV:** ត្រូវចំណាយពេលស្វែងយល់អំពីឱសថ ARV និមួយៗ ជាពិសេស គឺផលប៉ះពាល់ និងការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់ទាំងនេះ។
- ផ្នែកនេះមានតារាងពីរ: តារាងទី១ ផ្តល់ព័ត៌មានសង្ខេបអំពីលក្ខណៈសំគាល់នៃឱសថ ARV និមួយៗ។ តារាងទី២ ផ្តល់ព័ត៌មានទូទៅ អំពីផលប៉ះពាល់នៃឱសថ ARV។ បន្ទាប់ពីតារាងទី២នេះ មានតារាងស្តីអំពីផលប៉ះពាល់ដែលបណ្តាលមកពីឱសថ ARV និមួយៗ។

តារាងទី១៨: កំរិតដូសនៃឱសថ ARV, រូបមន្តផ្សំ, តំរូវការ និងការប្រើចំពោះក្រុមពិសេស

| ឱសថ និង ចំណាត់ថ្នាក់ ឱសថ | កំរិតដូស | រូបមន្តផ្សំ | ត្រូវស្តុកនៅកន្លែងត្រជាក់សំរាប់ការស្តុក រយៈពេលយូរ | ផលប៉ះពាល់ជាមួយអាហារ | ខូចខាត ថ្លើម និង តំរងនោម* | មានផ្ទៃពោះ | ជំងឺរបេង-អេដស៍ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NRTI | | | | | | | |
| Zidovu-dine (ZDV or AZT) | ៣០០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ; ២៥០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ ប្រសិនបើទំងន់ < ៥០គក្រ | មានតែក្នុងទំរង់រូមផ្សំគ្នា (FDC) (៦០ និង ៣០០មក្រ) | គ្មាន | គ្មាន | គ្មានការផ្លាស់ប្តូរ | ជំរើសដែលចូលចិត្តប្រើ | ជំរើសដែលចូលចិត្តប្រើ |
| Stavudine (d4T) | ៣០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ | មានតែក្នុងទំរង់រូមផ្សំគ្នា (FDC) (៦, ១២,១៥,និង ៣០មក្រ FDC) | សំរាប់តែទំរង់ ដែលលាយសូលុយស្យុងសំរាប់ផឹក | គ្មាន | CrCl ១០-៥០មល/នាទី: ពាក់កណ្តាលកំរិតដូសនិមួយៗ | អាចប្រើបាន (មិនត្រូវប្រើជាមួយ ddI ទេ) | អាចប្រើបាន ប៉ុន្តែនឹងបង្កើនការប្រឈមនឹងជំងឺសរសៃប្រសាទ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lamivudine (3TC) | ១៥០មក្រ (១គ្រាប់) ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ | គ្រាប់១៥០មក្រ; ទឹកស្វូលុយស្យុង ១០មក្រ/មល | គ្មាន | គ្មាន | CrCl ១០-៥០មល/នាទី: ១៥០មក្រក្នុង១ថ្ងៃ | ជំរើសដែលចូលចិត្តប្រើ | ជំរើសដែលចូលចិត្តប្រើ |
| Didanosine (ddI) | ទំងន់>៦០គក្រ: ៤០០មក្រ (មួយគ្រាប់) ម្តងក្នុង១ថ្ងៃទំងន់< ៦០ គក្រ: ១២៥មក្រ ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ ឬ ២៥០មក្រ (មួយគ្រាប់) ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ | គ្រាប់លេខ ១២៥ មក្រ, ២០០មក្រ, ២៥០មក្រ, ៤០០មក្រ | គ្មាន | លេបយ៉ាងតិច ៣០នាទីមុនអាហារ ឬ ២ម៉ោងក្រោយទទួលទានអាហារ | CrCl ១០-៥០មល/នាទី: កំរិតដូសធម្មតា, ប៉ុន្តែ ប្រើតែម្តងគត់ក្នុង១ថ្ងៃ | មិនអាចប្រើបាន | អាចប្រើបាន ប៉ុន្តែនឹងបង្កើនការប្រឈមនឹងជំងឺសរសៃប្រសាទ(neuropathy) |
| Abacavir (ABC) | ៣០០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ | គ្រាប់លេខ ៣០០មក្រ; ទឹកស្វូលុយស្យុង ផឹក ២០មក្រ/មល | គ្មាន | គ្មាន | គ្មានការផ្លាស់ប្តូរ | មិនអាចប្រើបាន | អាចប្រើបាន, ប៉ុន្តែ អាចមានការលំបាកក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ hypersens-itivity បណ្តាលមកពី ABC ។ |
| NRTI | | | | | | | |
| Tenofovir | ៣០០មក្រ | គ្រាប់លេខ | គ្មាន | លេបជាមួយ | ហាមប្រើនៅលើ | មិនអាច | មិនអាចប្រើបាន |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (TFV or TDF) | (មួយគ្រាប់) ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ | ៣០០មក្រ | | អាហារ | អ្នកជំងឺដែលធ្លាប់មានជំងឺតំរងនោម;៣០០មក្រ រៀងរាល់ថ្ងៃ សំរាប់ GFR>៥០មល /នាទី ។ ៣០០មក្រ រៀងរាល់ ៤៨ម៉ោង សំរាប់ អ្នកជំងឺមាន GFR 40-49។ មិនត្រូវប្រើលើ អ្នកជំងឺដែលមាន បញ្ហាតំរងនោម ទេ (CrCl < ៣០មល/នាទី)។ | ប្រើបាន | |
| NNRTI | | | | | | | |
| Nevirapine (NVP) | ២០០មក្រ(មួយគ្រាប់) ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រយពេល២សប្តាហ៍, បន្ទាប់មក ២០០មក្រ (មួយគ្រាប់)២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ | គ្រាប់លេខ ២០០មក្រ; ម្សៅ ១០មក្រ/មល | គ្មាន | គ្មាន | តំរងនោម: គ្មានការផ្លាស់ប្តូរ<br>ថ្លើម: ជៀស វាងប្រើ | ជំរើស ដែលចូលចិត្តប្រើ | បើអាចធ្វើបានត្រូវជៀសវាង ព្រោះ បណ្តាលអោយពុលថ្លើមស្ទួនគ្នា រឹងកំរិតដូសក៏មិនច្បាស់ |
| Efavirenz (EFV) | ៦០០មក្រ(មួយគ្រាប់) ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ | គ្រាប់លេខ ៥០មក្រ; គ្រាប់លេខ២០០មក្រ; គ្រាប់លេខ ៦០០មក្រ | គ្មាន | ជៀសវាងលេបជាមួយអាហារដែលមានជាតិខ្លាញ់ច្រើន | តំរងនោម: គ្មាន ការផ្លាស់ប្តូរ<br>ថ្លើម: ពិចារណា ប្រើឱសថផ្សេងទៀត | មិនអាចប្រើបាន | ជំរើសដែលចូលចិត្តប្រើ |

| PI | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lopinavir + ritonavir (LPV/r)* | ៤០០មក្រ/១០០មក្រ (២០០មក្រ/៥០មក្រ ២គ្រាប់) ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ (រូបមន្តផ្សំជាមួយគ្នា); ៤០០មក្រ/៤០០មក្រ ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ។ បើសិនជាអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាល ជំងឺរបេងដោយ Rifampicin ត្រូវបន្ថែម RTV ១០០មក្រ ៣គ្រាប់សំរាប់កំរិត ដូសនិមួយៗ។ បើសិនជាគ្មាន RTV ១០០មក្រទេ ត្រូវ តំឡើងកំរិតដូស LPV/r ២ដងលើស ពីកំរិតដូសធម្មតា រហូតដល់រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ | គ្រាប់លេខ ២០០មក្រ + ៥០មក្រ; គ្រាប់លេខ ១០០មក្រ +២៥មក្រ; ទឹកសូលុយស្យុងផឹក, ៨០មក្រ/មល + ២០មក្រ/មល | ត្រូវស្តុកនៅកន្លែងត្រជាក់; អាចស្តុកនៅសីតុណ្ហភាពក្នុងបន្ទប់បាន រយៈពេល៣ខែ | លេបជាមួយអាហារ | ទំរង់នោម: គ្មាន ព័ត៌មាន<br>ថ្លើម: ជៀសវាងប្រើ | មិនអាចប្រើបាន | គ្មាន |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | បន្ទាប់ពីការព្យាបាលដោយ Rifampicin ។ | | | | | | |
| Atazanavir+ ritonavir (ATV/r) | ៣០០មក្រ (១គ្រាប់) និង ១០០មក្រ (១ គ្រាប់) លេបជាមួយគ្នាម្តងក្នុង១ថ្ងៃ រឺប្រើ ATV ៣០០មក្រ + RTV ១០០មក្រ ជាគ្រាប់លាយបញ្ចូលគ្នា (Fixed Dose Combination) មួយគ្រាប់ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ | ឱសថ ATV តែឯង ជាគ្រាប់ ៣០០មក្រ និង RTV តែឯងជាគ្រាប់ ១០០មក្រ ឱសថ ATV និង RTV ជាគ្រាប់លាយបញ្ចូលគ្នា ៣០០មក្រ+ ១០០មក្រ | គ្មាន | លេបដោយមានអាហារ | ពុំមានទិន្នន័យ | អាចប្រើបាន | មិនអាចប្រើបាន |

** Atazanavir+ritonavir (ATV/r: ៣០០ មក្រ/១០០មក្រ) មានប្រសិទ្ធិភាពដូចគ្នានឹង Lopinavir + ritonavir ហើយមានគ្រាប់ផ្សំលាយគ្នា។ ឱសថ ATV/r នឹងមានប្រើប្រាស់ នៅកម្ពុជា ក្នុងឆ្នាំ ២០១២។ ត្រូវពិគ្រោះជាមួយអ្នកជំនាញ ក្នុងករណីអ្នកជំងឺទទួលការព្យាបាលដោយឱសថ ARV ជួរទី២ មានជំងឺថ្លើម និងជំងឺតំរងនោម។

| Combination | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Zidovudine + lamivudine (AZT + 3TC) | ៣០០មក្រ/១៥០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ | ៣០០មក្រ/១៥០មក្រ និង៦០មក្រ/៣០មក្រ | គ្មាន | គ្មាន | ប្រើរូបមន្តដោយឡែក ប្រសិនជា CrCl < ៥០មល/នាទី | ជំរើសដែល ចូលចិត្តប្រើ | ជំរើសដែលចូលចិត្តប្រើ |
| Stavudine + lamivudine (d4T + 3TC) | ៣០មក្រ/១៥០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ | ៣០មក្រ/១៥០មក្រ និង១២មក្រ/៦០មក្រ | គ្មាន | គ្មាន | ប្រើរូបមន្តដោយឡែក ប្រសិនជា CrCl < ៥០មល/នាទី | អាចប្រើបាន | អាចប្រើបាន ប៉ុន្តែ នឹង បង្កើន ការប្រឈមនឹងការកើត ជំងឺ សរសៃប្រសាទ |
| Stavudine + lamivudine + nevirapine (d4T + 3TC + NVP) | បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើម ២ សប្តាហ៍, ឬ ៣០មក្រ /១៥០មក្រ/២០០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដង ក្នុង១ថ្ងៃ | ៣០មក្រ/១៥០មក្រ /២០០មក្រ; ១២មក្រ /៦០មក្រ/១០០មក្រ | គ្មាន | គ្មាន | តំរងនោម : ប្រើរូបមន្តដោយឡែក ប្រសិន ជា CrCl < ៥០មល/នាទី ថ្លើម : ជៀស វាងប្រើ | អាចប្រើបាន | បើអាចធ្វើបានត្រូវជៀសវាង ព្រោះការពុលថ្លើមស្ទួនគ្នា ហើយមានការកើនឡើងនៃការ ប្រឈមនឹងការកើត ជំងឺ សរសៃប្រសាទ រីឯកំរិត ដូសក៏មិន ច្បាស់។ |
| Zidovudine + | បន្ទាប់ពីចាប់ផ្តើមបាន ២សប្តាហ៍, | ៣០០មក្រ/១៥០មក្រ /២០០មក្រ; | គ្មាន | គ្មាន | តំរងនោម : ប្រើរូបមន្តដោយ | ជំរើសដែលចូល | បើអាចធ្វើបានត្រូវជៀសវាង ព្រោះការពុលថ្លើមស្ទួនគ្នា |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| lamivudine + nevirapine (AZT + 3TC + NVP) | ៣០០មក្រ/១៥០មក្រ /២០០មក្រ (មួយគ្រាប់) ២ដងក្នុង១ថ្ងៃ | ៦០មក្រ/៣០មក្រ /៥០មក្រ | | | ខ្សោយ ប្រសិន ជា CrCl < ៥០មល/នាទី ថ្លើម : ជៀស វាងប្រើ | ចិត្តប្រើ | រីឯកំរិតដូសក៏មិនច្បាស់។ |

* កំរិតដូសនៃឱសថ ARV ទាំងអស់ ផ្អែកតាមស្តង់ដាអន្តរជាតិ

## តារាងទី១៩: ការគ្រប់គ្រងព្យាបាលផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍

| ផលប៉ះពាល់ | ឱសថ ARV បង្កហេតុ | រោគសញ្ញា | ការបង្ការ | ការគ្រប់គ្រងព្យាបាល |
|---|---|---|---|---|
| ឈឺចាប់ក្នុងពោះ | រលាកថ្លើម: d4T, NVP, EFV, RTV រលាកលំពែង: ddI, d4T | ឈឺចាប់ក្នុងពោះ | ពិនិត្យ ALT (និងធ្វើតេស្ត serology រកការរលាកថ្លើម) នៅពេលធ្វើ baseline។ ត្រូវជៀសវាងឱសថទាំងនេះ ប្រសិនបើវាមានការប្រឈមនឹងការរលាកថ្លើម រឺរលាកលំពែង | ពិនិត្យ amylase និង ALT ។ ពិចារណាក្នុងការពិនិត្យអេកូពោះ. សូមអាជំងឺរលាកថ្លើម´ រឺ `ជំងឺរលាកលំពែង´ រឺ `ជំងឺ Lactic Acidosis´ |
| ស្លេកស្លាំង | AZT | ខ្សោយ, ធ្មឹង, វិលមុខ | ពិនិត្យកោសិកាឈាមពេញលេញ(CBC) នៅពេលធ្វើ baseline។ ជៀសវាងប្រើ AZT បើ Hb< ៩,៥ក្រ/ដល ។ | Hb>៨០ក្រ/ល: ពិនិត្យរកជំងឺឱកាសនិយម។ ពិនិត្យ Hb ម្តងទៀត ក្នុងរយ:ពេល ២-៤ សប្តាហ៍ Hb< ៨០ក្រ/ល: បញ្ឈប់ប្រើ AZT |
| ប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល* | EFV | រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធប្រសាទកណ្តាល* | ពិចារណាប្រើ ARV ផ្សេងទៀត បើសិនជាមានជំងឺផ្លូវចិត្ត រឺបានប្រើសារធាតុគ្រោះថ្នាក់ | រោគសញ្ញាតិចតួច: បន្តប្រើ EFV, តាមដាន, ផ្តល់ EFV ពេលយប់ រោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ: បញ្ឈប់ EFV |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| រាគរូស | ddI, NFV, RTV | រាគ | គ្មាន | ពិនិត្យមូលហេតុផ្សេងទៀត។ផ្តល់ការព្យាបាលរោគសញ្ញា។ បញ្ឈប់ការប្រើឱសថនេះ បើសិនជាធ្ងន់ធ្ងរ រឺនៅតែបន្ត រាគរូស ។ |
| ឈឺក្បាល | AZT, EFV | ឈឺក្បាល | គ្មាន | ពិនិត្យមូលហេតុផ្សេងទៀត។ បញ្ឈប់ឱសថនេះ ប្រសិនជាធ្ងន់ធ្ងរ រឺនៅតែបន្តឈឺក្បាល។ |
| រលាកថ្លើម | d4T, NVP, EFV, កំរិតដូស RTV ពេញលេញ | ធ្មឹងៗ, ចង្អោរ, ក្អួត, ឈឺក្នុងពោះ, កើតលឿង | ពិនិត្យ ALT (+/-តេស្ត serology រកជំងឺរលាកថ្លើម) នៅពេលធ្វើ baseline។ ជៀសវាងប្រើឱសថទាំងនេះបើសិនជាមានការប្រឈមនឹងជំងឺរលាកថ្លើម។ | ALT/AST<៥ដងនៃកំរិតធម្មតា: ពិនិត្យ ALT/AST ម្តងទៀតក្នុងរយៈពេល២-៤ សប្តាហ៍។ ALT/AST >៥ដងនៃកំរិតធម្មតា: បញ្ឈប់ឱសថទាំងនេះ។ |
| Hyperbilirubinaemia | IDV, ATV | ខាន់លឿង | គ្មាន | បន្ទាប់ពីរកមូលហេតុផ្សេងទៀតដែលបណ្តាលអោយមាន Hyperbilirubinaemia ពុំឃើញទេ ត្រូវប្តូរ ទៅប្រើឱសថ PI ផ្សេង។ |
| Hyperglycaemia/ diabetes | គ្រប់ក្រុម PIs ទាំងអស់ | ធ្មឹងៗ, ស្រេកទឹក, | ជៀសវាងប្រើពួក PIs បើសិនជាមាន | បើសិនជាមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | នោមច្រើន, បរិភោគច្រើន | ការប្រឈមមុខនឹងជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ | ចាប់ផ្តើមប្រើ metformin។ បង្កើនការប្រើឱសថនេះទៅតាមភាពចាំបាច់។ បើសិនជាមិនអាចគ្រប់គ្រងបានត្រូវបញ្ឈប់ PI ។ |
| ជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាមខ្ពស់ | គ្រប់ PIs ទាំងអស់, ជាពិសេស RTV | គ្មាន | ជៀសវាងប្រើ PIs បើមានការប្រឈមមុខនឹងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាមឡើងខ្ពស់ | បន្ត PI និងបន្ថែម anti-lipid ។ បើមិនអាចគ្រប់គ្រងបានត្រូវបញ្ឈប់ PI (សូមអានទំព័រ ៩១)។ |
| ចង្កោមរោគសញ្ញា Hypersensitivity | ABC, NVP | ស្នាមកន្ទួលស្បែក (ជាពិសេសNVP),គ្រុនក្តៅ, រលាកថ្លើម, eosinophilia | គ្មាន | បញ្ឈប់ឱសថនេះ ហើយមិនត្រូវប្រើម្តងទៀតទេ ព្រោះវាអាចបណ្តាលអោយមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត។ |
| គ្រួសក្នុងតំរងនោម | IDV | ឈឺចាប់គ្រលៀន (Loin pain), នោមឈាម | រក្សាជាតិទឹកក្នុងខ្លួន។ ផឹកទឹក > ១,៥ល/ថ្ងៃ | បញ្ឈប់ IDV។ រក្សាជាតិទឹកក្នុងខ្លួន និងព្យាបាលបំបាត់ការឈឺចាប់។ ចាប់ផ្តើមប្រើ IDV ម្តងទៀតបើពុំមានកើតគ្រួសក្នុងតំរងនោមម្តងទៀតទេ |
| Lactic acidosis | AZT, d4T, ddI | ធ្មឹងៗ,ចង្អោរ, ក្អួត, រាគ និងហាត់. | ជៀសវាងប្រើ d4T +ddI (ជាពិសេសក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ) | បញ្ឈប់ ARVs ទាំងអស់, ផ្តល់ការគាំទ្រដល់ អ្នកជំងឺ, ចាប់ផ្តើមព្យាបាលឡើងវិញ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | ដោយរូបមន្ត ព្យាបាលដែល គ្មាន d4T រឺ ddI នៅពេលដែលអ្នក ជំងឺបាននឹងន ហើយ។ |
| Lipodystrophy | គ្រប់ ARV ទាំងអស់ (ជាពិសេស AZT, d4T និង ddI ដែល បណ្តាល អោយ lipoatrophy និង PIs សំរាប់ ការប្រមូលផ្តុំ ខ្លាញ់ ។ | បាត់បង់ជាតិ ខ្លាញ់នៅ តំបន់ជុំវិញ, central obesity, ប្រមូលផ្តុំ ជាតិខ្លាញ់ នៅពោះ (visceral fat accumu-lation), `ឡើងបូក ដូចក្របី និងដោះ ឡើងធំ។ | ពិចារណាប្រើឱសថ ផ្សេងទៀត ក្រៅពី d4T និង PIs ។ | បញ្ឈប់ប្រើ d4T រឺ AZT |
| Myopathy | AZT | បាត់បង់ សាច់ដុំ (Proximal muscle wasting) និង ខ្សោយ | គ្មាន | បញ្ឈប់ AZT |
| ចង្អោរ/ក្អួត | AZT, ddI, RTV ATV/r, LPV/r | ចង្អោរ/ក្អួត | គ្មាន | ពិនិត្យរកមូល ហេតុផ្សេងទៀត។ ផ្តល់ការព្យាបាល រោគសញ្ញា។ បញ្ឈប់ការប្រើ ឱសថដែលបង្ករ ក្នុងករណីធ្ងន់ធ្ងរ រឺបើរោគសញ្ញានៅ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | តែមាន។ |
| Neutropenia | AZT | គ្មាន | ពិនិត្យគ្រាប់ឈាមពេញលេញ (CBC) នៅពេលធ្វើ baseline។ ជៀសវាងប្រើ AZT បើចំនួន កោសិកា neutrophil <១x១០$^{៦}$/ល។ ពិនិត្យគ្រាប់ឈាមពេញលេញ CBC នៅរយៈពេល ៤ សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីការព្យាបាល។ | កោសិកា Neutrophil >៧៥០x១០$^{៣}$/ល: ពិនិត្យគ្រាប់ឈាមពេញលេញ (CBC) ម្តងទៀតរយៈពេល ២-៤ សប្តាហ៍។ កោសិកា Neutrophil <៧៥០x១០$^{៣}$/ល: បញ្ឈប់ AZT |
| រលាកលំពែង | ddI, d4T | ចង្អោរ, ក្អួត, ឈឺចាប់ក្នុងពោះ | ជៀសវាងប្រើ ddI, ចៀសវាងប្រើ d4T បើមានការប្រឈមនឹងការរលាកលំពែង | ពិនិត្យ amylase។ បញ្ឈប់ឱសថ ARV បើ amylase > ១,៥ តំលៃធម្មតា រឺមានរោគសញ្ញាធ្ងន់ធ្ងរ រឺ រោគសញ្ញានៅតែបន្ត។ |
| ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទខាងចុង (Peripheral neuropathy) | d4T, ddI | ស្ពឹក, ស្ញៀប, ឈឺចាប់ រឺ ចុះខ្សោយ | ពិចារណាប្រើឱសថផ្សេងទៀត ក្រៅពី d4T, ddI | បញ្ឈប់ឱសថ ARV លើក លែងតែ ករណីស្រាលហើយនឹងនរ |
| Rash ធ្ងន់ធ្ងរ ដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត | NVP (នឹង ABC ដែរ) | ស្បែកឡើងក្រហម(Erythema), ពងទឹក (bullae), ដំបៅស្បែក (mucosal | ចាប់ផ្តើមដោយ ផ្តល់ NVP ក្នុងកំរិតដូសទាប (low dose) រយៈពេល ២ សប្តាហ៍។ | ABC: បញ្ឈប់ឱសថនេះ ហើយមិនត្រូវប្រើម្តងទៀតទេ ព្រោះអាចមានគ្រោះថ្នាក់ ដល់ជីវិត<br>NVP: បញ្ឈប់ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ulceration) | | ឱសថទាំងអស់។ មិនត្រូវសាកល្បងប្រើឡើងវិញទេ។ |
| ប៉ះពាល់ដល់ទារកពេលកើត (Teratogenicity) | EFV | ផលប៉ះពាល់ពីកំណើត | ជៀសវាងប្រើ EFV បើមានការប្រឈមនឹងការមានផ្ទៃពោះ | បញ្ឈប់ EFV |

* រួមមានវិលមុខ, ឈឺក្បាល, ដេកមិនលក់, ធ្លាក់ទឹកចិត្ត, អារម្មណ៍មិនមូល, ឡេះឡះ, សុបិន្តអាក្រក់, ងងុយគេង, ធ្លាក់ទឹកចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ, ចង់សំលាប់ខ្លួន, ឆ្កួតនឹងអ្វីមួយ ឬ ភាន់ភាំងវិញ្ញាណ ។

## ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ក្រុម NRTIs

### ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់របស់ឱសថៈ អាស៊ីតឡាក់ទិក/ការពុលថ្លើម

- ការកើនឡើងឡាក់តាតក្នុងឈាមដោយគ្មានរោគសញ្ញាកើតឡើងញឹកញាប់នៅលើអ្នកជំងឺដែលប្រើជំពូកឱសថក្រុម NRTIs ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាកត្តាកំណត់នការបណ្តាលអោយមានឡាក់ទិកអាស៊ីតនោះទេ ។
- ការកើនឡើងឡាក់តាតក្នុងឈាមដោយមានរោគសញ្ញាមិនសូវកើតមានទេ ហើយការកើតឡើងអាស៊ីតឡាក់ទិកពិតប្រាកដជាករណីកំរ ប៉ុន្តែជាញឹកញាប់មានសភាព ធ្ងន់ធ្ងរ ។
- កត្តាគ្រោះថ្នាក់ចំពោះអាស៊ីតឡាក់ទិក គឺដោយសារប្រើឱសថក្រុម NRTIs ជាពិសេស គឺ d4T និង/ឬ ddI ។ កត្តាគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀតគឺ អ្នកជំងឺភេទស្រី ស្ត្រីធាត់ (high body mass index) ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងភាពកង្វះពពួកវីតាមីន Riboflavin និង Thiamin។
- រោគសញ្ញាទាំងនោះរួមមាន ចុះខ្សោយ, ស្ពឹក, ចង្អោរ, ក្អួត, រាគរូស, និងពិបាកដកដង្ហើម ។
- លទ្ធផលនៃការពិនិត្យមន្ទីរពិសោធន៍បានបង្ហាញថា កើនឡើង Anion Gap និងឡើងជាតិឡាក់តាត, AST/ALT, Creatinine, Kinase, Lactate Dehydrogenase និង Amylase ។ ប្រសិនបើការវាស់វែងជាតិឡាក់តាតមិនអាចធ្វើកើត ផ្អែកលើរោគសញ្ញាខាងលើជាមួយការកើនឡើង Anion Gap Acidosis និងកើនឡើងតេស្ត

មុខងារថ្លើម(AST/ALT] គឺអាចសន្និដ្ឋានថា កើតអាស៊ីតឡាក់ទិក (Lactic Acidosis) ហើយ។

- ឈប់ប្រើឱសថក្នុងក្រុម NRTIs ជាបន្ទាន់ក្នុងករណីសង្ស័យ។ ការព្យាបាលតាមរោគសញ្ញាដោយបំពេញជាតិទឹក ជាតិបីកាបូណាត និងជំនួយក្នុងការដកដង្ហើម។
- ចាប់ផ្តើមប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ម្តងទៀតដោយមិនប្រើ d4T ឬ ddI ហើយមិនគួរប្រើ AZT ឬ 3TC ទេ ព្រោះវាអាចមានការគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ឧទាហរណ៍: ការប្រើរួមគ្នារវាង ABC ឬ TFV ជាមួយនឹង NNRTI និង PI។
- កើនឡើងនៃ ALT ឬAST កើតឡើងពី ៥-១៥% ចំពោះអ្នកជំងឺដែលប្រើឱសថក្រុម NRTIs ប៉ុន្តែការលេចចេញរោគសញ្ញាមានតិចជាង ១% ។

**តារាងទី២០: ទំរង់ និងការគ្រប់គ្រងនៃសារជាតិឡាក់តាតក្នុងឈាម (Hyperlactaemia)**

| កំរិត | Lactate (mmol/l) | Frequency (%) | ការគ្រប់គ្រង | | អត្រាស្លាប់ (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | គ្មានរោគសញ្ញា | មានរោគសញ្ញា | |
| ធ្ងន់ | > ១០ | ០,១ | បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ | បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ | ៨0 |
| មធ្យម | ៥ – ១០ | ១ | តាមដាន | ស្វែងរកមូលហេតុផ្សេងទៀត និង បញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ | 0 |
| ស្រាល | ២ – ៥ | ៥ | តាមដាន និង រកមើលផលវិបាក Metabolic ផ្សេងៗ | ស្វែងរកមូលហេតុផ្សេងទៀត និង ពិចារណាបញ្ឈប់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ | 0 |

## ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់ដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍: ការបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ (Lypoatrophy)

- Lipoatrophy គឺជាផ្នែកមួយនៃចង្កោមរោគសញ្ញាបាត់ជាតិខ្លាញ់។ រោគសញ្ញានេះហាក់ដូចជាមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងការប្រើឱសថក្រុមNRTIs ជាពិសេស d4T និង AZT។ វានាំអោយមានការថយចុះជាតិខ្លាញ់នៅតំបន់ជុំវិញ (Peripheral) ជាពិសេសនៅលើផ្ទៃមុខ, ដៃ, ជើង និងសាច់កំប៉េះគូថ បង្ហាញចេញឆ្អឹងថ្ពាល់មុខ និង សរសៃឈាមខ្មៅនៅចុងដៃចុងជើង ។

- Lipoatrophy កើតមានញឹកញាប់ហើយជាទូទៅលេចចេញច្បាស់បន្ទាប់ពីព្យាបាលបានមួយ ឬពីរឆ្នាំ។ ការសិក្សាអង្កេតលើការផ្លាស់ប្តូរឱសថដើម្បីព្យាបាលការបាត់បង់ជាតិជុំខ្លាញ់ ជាទូទៅ នៅមិនទាន់បានលទ្ធផលដូចបំណងឡើយ។ ការផ្លាស់ប្តូរ d4T ឬ AZT ទៅ ABCបានបង្ហាញការវិលត្រឡប់ទៅរកភាពដើមនៃការបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់នៅតំបន់ជុំវិញ (Peripheral lipoatrophy) មានភាពយឺតយ៉ាវ។ បច្ចុប្បន្នឱសថដែលប្រើនៅក្នុងការព្យាបាលគឺកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សានៅឡើយ ។

Zidovudine (AZT)

- ជំងឺស្លេកស្លាំងនិងជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាមស (neutropenia) គឺជាផលប៉ះពាល់ចំបង។ អត្រានៃផលប៉ះពាល់នេះគឺមានពី៥-១០ភាគរយ និងមានអត្រាខ្ពស់ចំពោះអ្នកជំងឺអេដស៍ដំណាក់កាលធ្ងន់ធ្ងរ។ ការព្យាបាលផលប៉ះពាល់នេះ គឺការបន្ថយកំរិតដូសឱសថ (ប្រសិនបើមិនធ្ងន់ធ្ងរ), ដោយការបញ្ចូលឈាម និង/ឬផ្អាកប្រើឱសថ។
- ឈឺក្បាល ចង្អោរ វិលមុខកើតមានប្រហែល ៥ទៅ ១០ភាគរយ នៃអ្នកជំងឺហើយរោគសញ្ញាទាំងនេះវានឹងបាត់បង់ទៅវិញ ក្នុងរយៈពេលពីរ ឬបីសប្តាហ៍។
- ជំងឺសាច់ដុំដោយមានការឈឺចាប់ សាច់ដុំខ្សោយ និងស្វិតដែលអាចកើតមានឡើងហើយជាទូទៅនឹងវិលត្រឡប់ទៅរកសភាពដើមវិញនៅពេលឈប់ប្រើ AZT ។

Stavudine (d4T)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃ d4T គឺជំងឺសរសៃប្រសាទខាងចុង (Peripheral Neuropathy) ។ *ផលប៉ះពាល់នេះកើតមានជាញឹកញាប់និងធ្ងន់ធ្ងរនៅពេលដែលប្រើឱសថនេះក្នុងកំរិតដូសខ្ពស់* និងរយៈពេលយូរ ជំងឺអេដស៍ធ្ងន់ធ្ងររួមផ្សំជាមួយនឹងការប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលពុលដល់សរសៃប្រសាទ (neurotoxic drugs) ជាពិសេសគឺ ddI ។ រោគសញ្ញានេះ អាចបាត់ទៅវិញជាបន្តបន្ទាប់ក្នុងរយៈពេល ២ ឬ ៣សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីឈប់ប្រើ d4T ប៉ុន្តែ អាចស្ថិតនៅរយៈពេលយូរ និងអាចបណ្តាលអោយចុះខ្សោយ។
- d4T ដែលជាឱសថក្រុម NRTIs អាចបណ្តាលអោយមានផលប៉ះពាល់ជាងឱសថផ្សេងទៀតក្នុងក្រុមនេះ។ ផលប៉ះពាល់ទាំងនេះមានដូចជា៖ lactic acidosis ពុលថ្លើម និងបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់។

- d4T អាចបណ្ដាលអោយរលាកលំពែង និងកើតមានជាញឹកញាប់នៅពេលប្រើជាមួយ ddI។
- ចង្កោមរោគសញ្ញា Guillam-Barre កើតឡើងដោយសារការប្រើ d4T។ ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយកើតឡើងជាប់ជានិច្ច ឧទាហរណ៍ សាច់ដុំចុះខ្សោយត្រូវតែឈប់ប្រើ d4T។

Lamivudine (3TC)

- 3TC និង FTC ងាយស្រួលប្រើ ហើយមានផលប៉ះពាល់តិចតួចបំផុត។
- ផលប៉ះពាល់មានដោយកំរ ប៉ុន្តែអាចបណ្ដាលអោយឈឺក្បាល អស់កំលាំង វិលមុខ ចង្អោរ ក្អួត រាគរូស រលាកលំពែង ជំងឺសរសៃប្រសាទខាងចុង (Peripheral Neuropathy) ជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាមស (Neuropenia)និងពុលថ្លើម(Hepatic Toxicity)។

Didanosine (ddI)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗនៃ ddI គឺ Peripheral Neuropathy និងរលាកលំពែង។ Peripheral Neuropathy កើតមានប្រហែល ៦-១៥% នៃអ្នកប្រើឱសថនេះ។ ផលប៉ះពាល់កើនឡើងប្រសិនបើប្រើពេលជាមួយគ្នានឹង d4T។ ប៉ុន្តែរោគសញ្ញានេះនឹងអាចបាត់ទៅវិញក្នុងរយៈពេលពីរ ឬបីសប្តាហ៍ក្រោយពេលឈប់ប្រើឱសថនេះជួយកាល ផលប៉ះពាល់អាចស្ថិតនៅយូរអង្វែង និង បណ្ដាលអោយចុះខ្សោយ ។
- ការរលាកលំពែងកើតមានពី ១-៧% នៃអ្នកប្រើនិងបណ្ដាលអោយស្លាប់ ១% ។ កត្តាគ្រោះថ្នាក់កើតឡើងនៅពេលប្រើកំរិតដូសឱសថខ្ពស់, អ្នកផឹកជាតិសុរាច្រើន, អ្នកធាត់ខ្លាំង, អ្នកលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម គ្រួសក្នុងថង់ទឹកប្រមាត់ និងការប្រើឱសថដទៃទៀតដែលបណ្ដាលអោយរលាកលំពែង ដូចជា d4T ។ ត្រូវតែ ឈប់ប្រើ ddI ប្រសិនជា បើមានរលាកលំពែង។
- ddI អាចបណ្ដាលអោយ រាគរូស ចង្អោរ ក្អួត ឬ ឈឺពោះ កើតមានពី ៥-១៨ % នៃអ្នកប្រើ ។
- ddI ត្រូវប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្នជាមួយនឹង TDF ព្រោះបណ្ដាលអោយឡើងកំរិត ddI ដូច្នេះ កំរិតដូស ddI ត្រូវបន្ថយដល់ ២៥០ មក្រ ក្នុងមួយថ្ងៃ។
- កំរិត ddI អាចកើនឡើងដល់ទៅ ១០០ ភាគរយ នៅពេលប្រើជាមួយនឹង Ganciclovir ។ អ្នកជំងឺប្រើឱសថទាំងពីរនេះរួមគ្នាត្រូវធ្វើការតាមដានដោយយកចិត្តទុកដាក់បំផុត ។

Abacavir (ABC)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗ នៃ ABC គឺ ចង្កោមរោគសញ្ញា Hypersensitivity ដែលកើតមានឡើង ៣-៥% នៃអ្នកប្រើឱសថនេះដែលមានសម្បុរស្បែកសជាជាងមនុស្សនៅក្នុងបណ្តាប្រទេសអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ក៏ប៉ុន្តែបើកើតអាចបណ្តាលអោយស្លាប់បាន។ រយៈពេលជាមធ្យមនៃការលេចចេញជារោគសញ្ញាមានរយៈពេលមួយសប្តាហ៍ក្រោយប្រើ ABC និង ជាង ៩០% នៃករណីកើតមានឡើងនៅ ៦ សប្តាហ៍តំបូង ប៉ុន្តែវាក៏អាចកើតមានគ្រប់ពេលនៃការព្យាបាលផងដែរ ។
- រោគសញ្ញាដែលកើតមានដូចជា៖
  - គ្រុនក្តៅ កើតមានជាញឹកញាប់
  - ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក អាចកើតមានញឹកញាប់
  - ប្រព័ន្ធរំលាយអាហារៈ ចង្អោរ ក្អួត រាគរូស និង ឈឺពោះ
  - ប្រព័ន្ធដកដង្ហើមៈ រលាកបំពង់ក ក្អក ថប់ដង្ហើម
  - ឈឺសន្លាក់ទូទៅ ឈឺសាច់ដុំ ឈឺក្បាល មិនស្រួលខ្លួន
  - ការពិនិត្យបង្ហាញអោយឃើញថា មានគ្រុនក្តៅ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកឡើងកូនកណ្តុរ និង ដំបៅ Mucosal។ ការពិនិត្យអមគ្លីនិកបានបង្ហាញថាមានការកើនឡើងអង់ស៊ីមថ្លើម, Creatinine Kinase, Creatinine និងការថយចុះ ផ្លាកែតនៅក្នុងឈាម (Thrombocytopenia) ។

- ដើម្បីញែកចេញពីជំងឺដទៃទៀត គឺមានការលំបាកណាស់ ។ លក្ខណៈជាច្រើនរបស់ ABC hypersensitivity រួមមានៈ
  - ការពាក់ព័ន្ធជាមួយសរីរាង្គជាច្រើន ឧទាហរណ៍ រោគសញ្ញាប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ និង ប្រព័ន្ធដកដង្ហើម
  - ការកើតឡើងភ្លាមៗនៃចង្កោមរោគសញ្ញាដ៏ស្រួចស្រាវ
  - រោគសញ្ញាកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ នៅពេលដែលកំរិតដូសឱសថ ABC ត្រូវបានប្រើបន្តទៀត ។

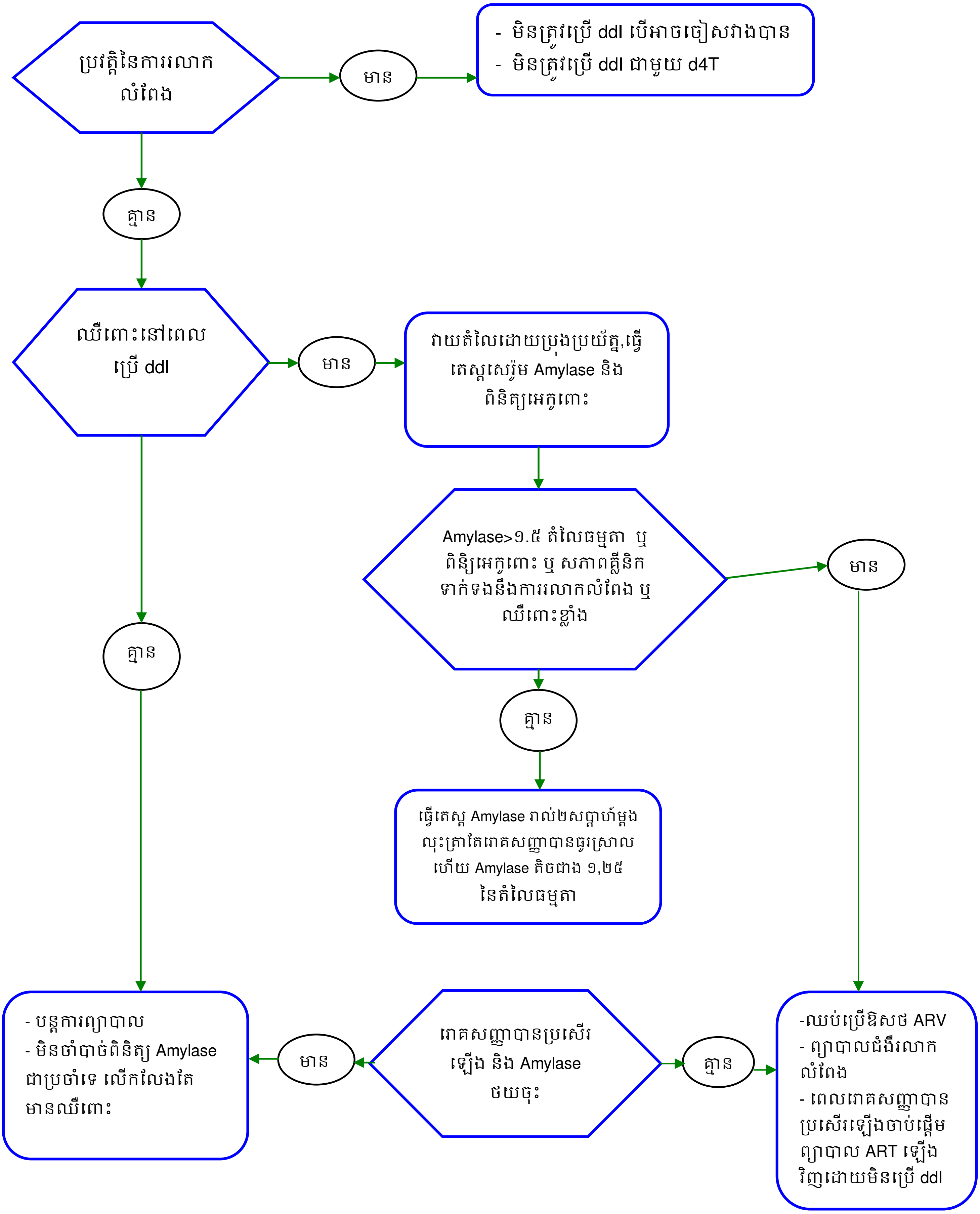
- អ្នកដែលប្រើឱសថ ABC ត្រូវតែពិគ្រោះយោបល់ ចំពោះចង្កោមរោគសញ្ញា hypersensitivity និងផ្តល់យោបល់អោយអ្នកជំងឺប្រាប់ពីរោគសញ្ញាណាមួយដែលកើតមានភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើ hypersensitivity ត្រូវបានសង្ស័យដោយមន្ត្រីសុខាភិបាលត្រូវឈប់ប្រើឱសថ ABC ហើយមិនត្រូវប្រើឡើងវិញទេ ពីព្រោះវាអាចបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយប្រតិកម្មឱសថនេះ។ការគ្រប់គ្រងផលប៉ះពាល់

នេះគឺការព្យាបាលតាមរោគសញ្ញាហើយគ្មានហេតុផលណា ដែលត្រូវប្រើ Steroids នោះទេ ។

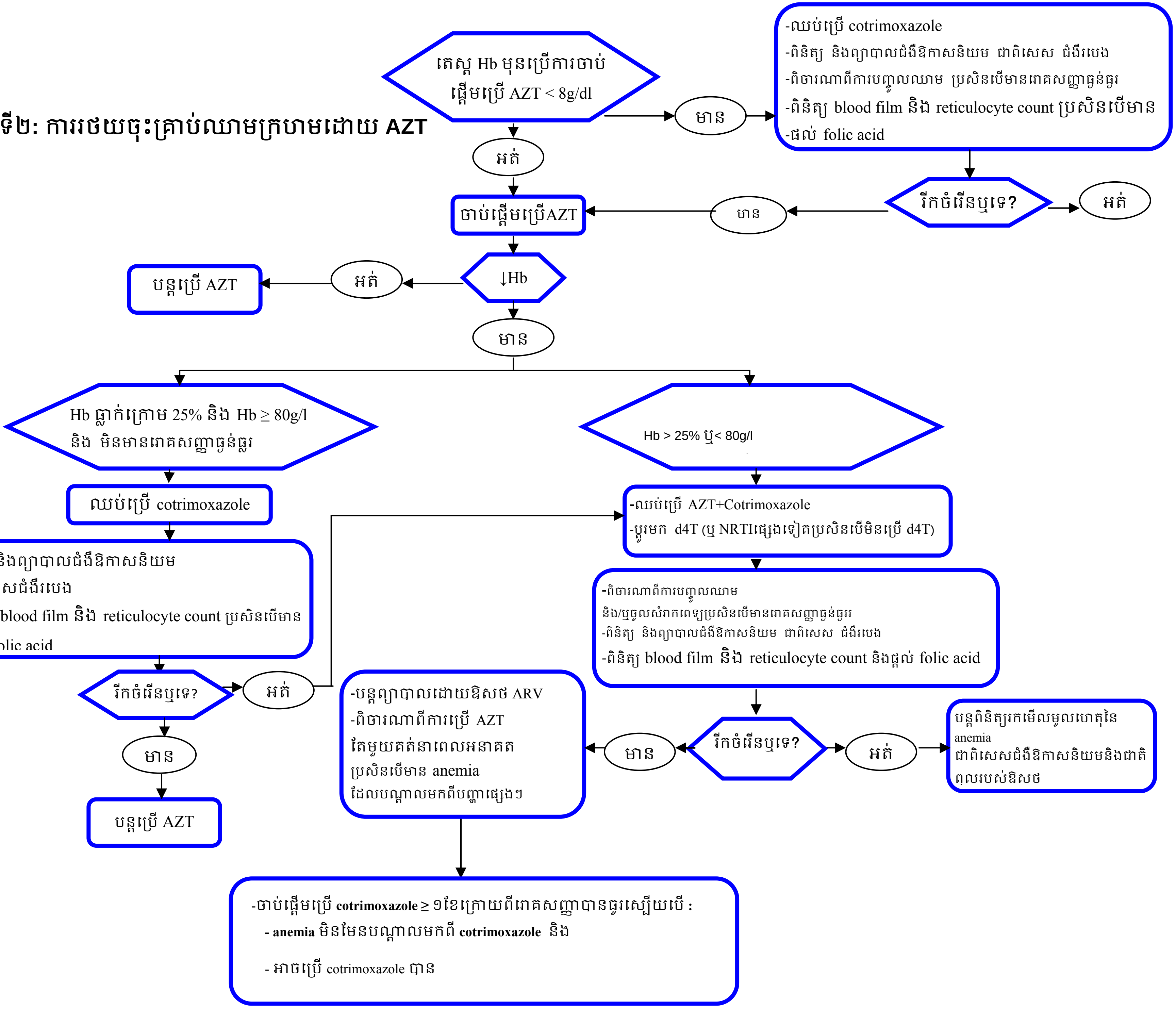
Tenofovir (TDF)

- TDF ត្រូវបានចំណាត់ថ្នាក់នៅក្នុងក្រុម NRTIs ហើយមុខងាររបស់ NRTIs នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាល គឺស្រួលប្រើនិងមានផលប៉ះពាល់តិចតួច។ រោគសញ្ញានៃផលប៉ះពាល់របស់ TDF អាចមានៈ ចង្អោរ, ក្អួត, និង រាគរូស ប៉ុន្តែ មិនធ្ងន់ធ្ងរទេ។ មានករណីរាយការណ៍ថា អាចកើតមាន ចង្កោមរោគសញ្ញា Fanconi Syndrome និងខូចតំរងនោមផងដែរ ប៉ុន្តែមូលហេតុច្បាស់លាស់ មិនទាន់អាចកំណត់បានទេ។

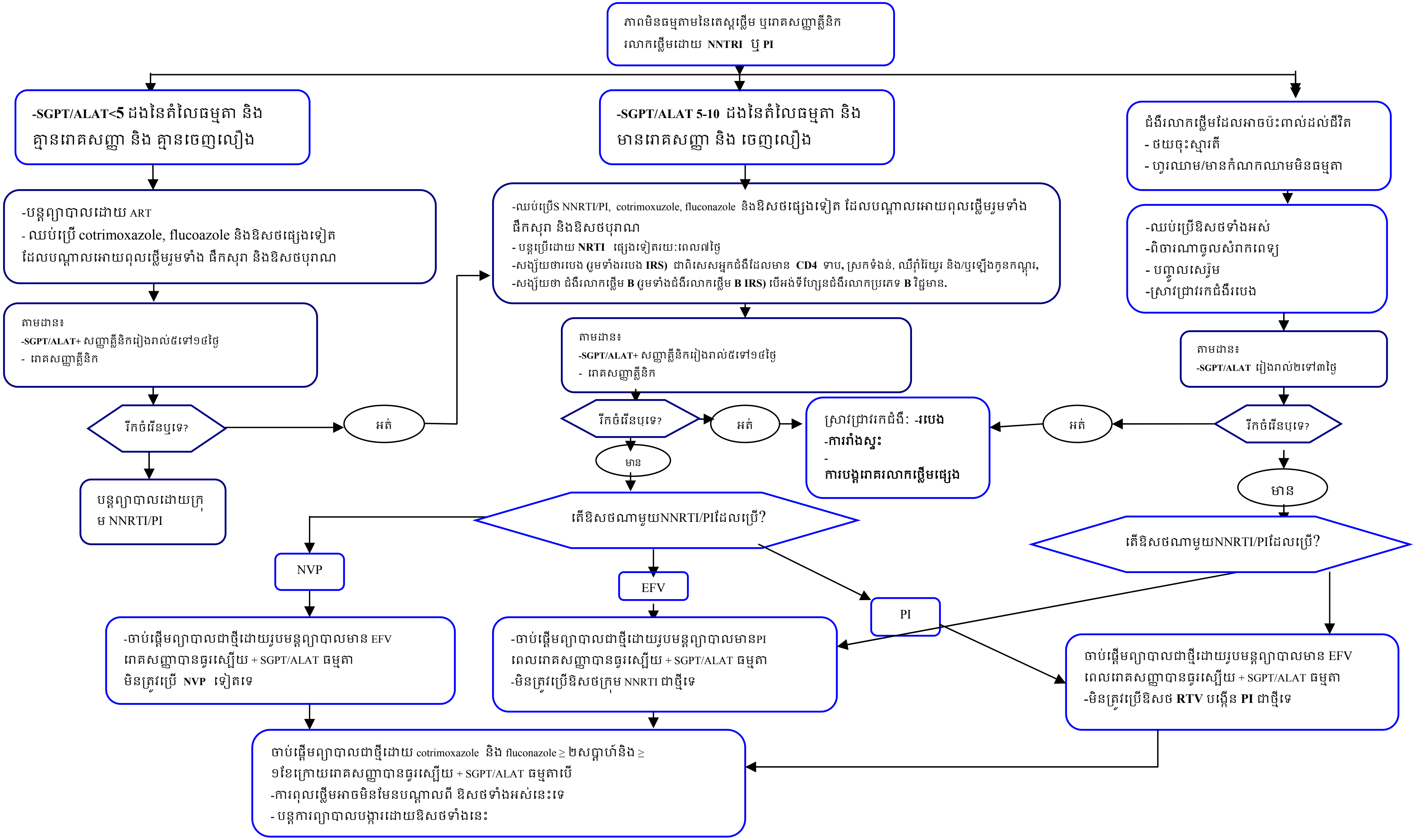
## រូបភាពទី១: ទំនាក់ទំនងរវាង ddI និង ការរលាកលំពែង



## រូបភាពទី២: ការថយចុះគ្រាប់ឈាមក្រហមដោយ AZT



## រូបភាពទី៣ [3] ការពុលថ្លើមដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (ART-associated liver toxicity)



ឱសថក្រុម Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs)

**ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់:** ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក (Rash) និង រលាកថ្លើម

- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកអាចកើតមានឡើងដោយការប្រើNVPនិងEFV ប៉ុន្តែស្នាមកន្ទួលស្បែកធ្ងន់ធ្ងររួមមាន Stevens-Johnson Syndrome អាចកើតមានចំពោះតែការប្រើ NVP ទេ ។
- មិនមានប្រតិកម្មខ្វែងគ្នាដែលបណ្តាលអោយមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក រវាង NVP និង EFV ទេ។ ដូច្នេះអាចប្រើ EFV បាន ប្រសិនបើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកើតឡើងដោយការប្រើ NVP និងផ្ទុយមកវិញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកដោយសារការប្រើ NVP មានភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬរួមផ្សំជាមួយការប៉ះពាល់ Mucosal ក្នុងករណី នេះមិនគួរប្រើ EFV ទេ។
- ជំងឺរលាកថ្លើមអាចកើតមានឡើងដោយសារប្រើ NVP និង EFV ប៉ុន្តែ ជាញឹកញាប់កើតឡើងដោយសារការប្រើ NVP។ ដើម្បីអោយមានសុវត្ថិភាពត្រូវប្រើឱសថផ្សេងទៀត បើជំងឺរលាកថ្លើមកើតឡើងដោយសារការប្រើ NVP ឬ EFV លើកលែងតែជំងឺរលាកថ្លើមមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬ គំរាមគំហែងដល់ជីវិត ។

Nevirapine (NVP)

- ផលប៉ះពាល់ចំបងៗ នៃ NVP គឺ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក និង ជំងឺរលាកថ្លើម ។
- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកកើតមាន ១៧% នៃអ្នកប្រើហើយមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរបណ្តាលអោយឈប់ប្រើឱសថមានពី ៦-៨% ហើយបង្កអោយមាន Stevens-Johnson syndrome ឬពុលធ្វើអោយស្បែករលួយ (toxic epidermal necrosis) កើតមាន ០,៣% ។
- ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកជាញឹកញាប់កើតមានឡើងក្នុងរយៈពេល២-៥សប្តាហ៍តំបូងនៃការប្រើឱសថ ។ ជាធម្មតា ផ្ទាំងស្បែកឡើងក្រហម ពងទឹកនៅតាមផ្ទត់ស្បែកនិងលើដងខ្លួន និងនៅដៃ។ គ្រុនក្តៅ ឈឺសាច់ដុំ រលាកថ្លើម និង eosinophilia ក៏កើតមានដែរ ។
- ប្រសិនបើ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកតិចតួចដោយគ្មានរោគសញ្ញាផ្សេងទៀត ឬគ្មានការដាច់ដោចដល់ mucosal ទេ NVP អាចប្រើបន្តដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ នៅពេលដែលកើតមានស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ត្រូវប្រើ NVP ដោយកំរិតដូសទាបក្នុងរយៈពេលដំបូងមិនត្រូវតំឡើងកំរិតដូស NVP លុះត្រាតែស្នាមកន្ទួលលើស្បែកជាបាត់ទៅវិញ។ ប្រសិនបើ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកមិនជាបាត់ទៅវិញក្នុងរយៈពេលមួយខែទេ ប្តូរទៅ EFV ។
- ប្រសិនបើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបន្តិចបន្តួច ត្រូវប្តូរពី NVP ទៅ EFV។
- ប្រសិនបើមានសញ្ញាណាមួយដែលបង្ហាញឡើងដូចខាងក្រោមនេះ
  ត្រូវឈប់ប្រើឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ទាំងអស់ ព្រមទាំង Cotrimoxazole។ ត្រូវឈប់ប្រើ NVP ជាស្ថាពរហើយថែមទាំងមិនត្រូវប្រើ NVP និង EFV នៅពេលអនាគតទេ (ត្រូវប្រើ PI ពេលរោគសញ្ញាបានធូរស្បើយ)៖
  - ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកធ្ងន់ធ្ងរ (severe rash)
  - ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកជាមួយ ពងទឹកធំៗ ឬ ដំបៅស្បែក

- ដាច់ដោចដល់ mucosal
- ចង្កោមរោគសញ្ញា Hypersensitivity៖ គ្រុនក្តៅ ឈឺសាច់ដុំ រលាកថ្លើម និង Eosinophilia ។

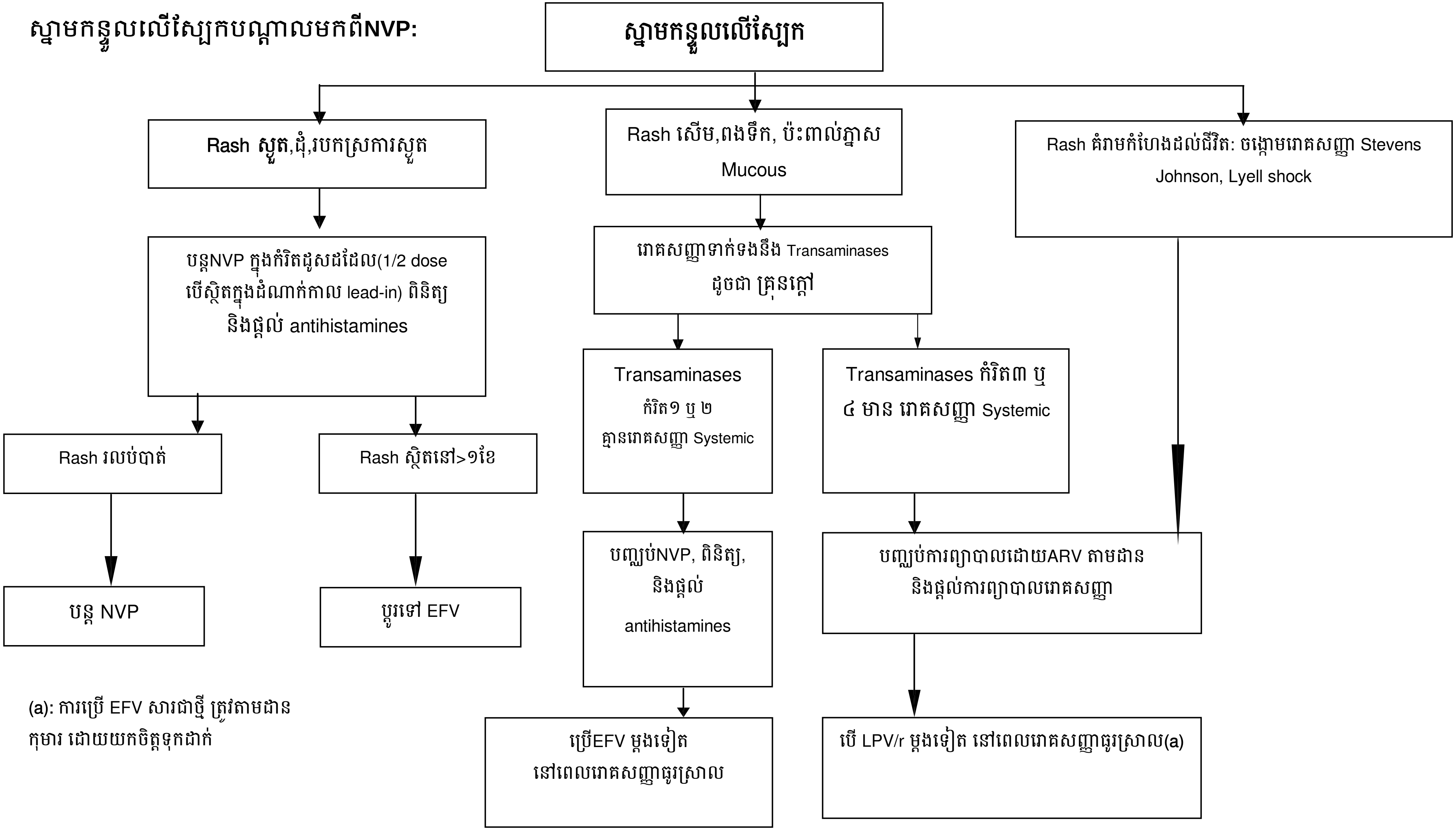
- ការរលាកថ្លើមអាចកើតឡើងតែឯកឯង ឬជាមួយស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ឬ Hypersensitivity Syndrome។ ភាពមិនធម្មតានៃលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើមអាចមាន ១៥% និងសញ្ញាគ្លីនិករលាកថ្លើមមានពី ១-៥% ។ ភាពខ្សោយថ្លើម និង ស្លាប់អាចកើតឡើងដោយកំរ ។ ស្ទើតែ ២ភាគ ៣នៃករណីនេះ កើតឡើងនៅ ៣ខែដំបូងនៃការប្រើ NVP ហើយក៏វាអាចឡើងគ្រប់ពេលដែរ។
- កត្តាគ្រោះថ្នាក់របស់ NVP ទាក់ទងនឹងការរលាកថ្លើម និង មានភាពមិនធម្មតានៃលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើមនៅពេលចាប់ផ្តើមប្រើថ្នាំនេះ, អ្នកផឹកសុរាច្រើន, អ្នកមានអាយុច្រើន, ភេទស្រី, មានជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ឬ C និង ចំនួនកោសិកានៅ CD4 ខ្ពស់ ។
- រោគសញ្ញាជាទូទៅមិនច្បាស់លាស់: មិនស្រួលខ្លួន មិនឃ្លានបាយ ចង្អោរ និងក្អួត ។ គួរកត់សំគាល់ថាឈឺពោះ និងចេញលឿង មិនកើតមាននៅគ្រប់ករណីទេ។ ដូចការបកស្រាយខាងលើជំងឺរលាកថ្លើមកើតមានឡើងអាចជាផ្នែកមួយនៃ Hypersensitivity Syndrome ជាមួយនឹងស្នាមកន្ទួលលើស្បែក គ្រុនក្តៅ ឈឺសាច់ដុំ និង Eosinophilia។
- បើរលាកថ្លើមកើតមានដោយការប្រើ NVP នោះត្រូវឈប់ប្រើឱសថនេះជាស្ថាពរ។ អាចប្រើ EFV ប្រសិនបើ រលាកថ្លើមមិនសូវធ្ងន់ធ្ងរ ឬគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ។

Efavirenz (EFV)

- ផលប៉ះពាល់សំខាន់ៗ នៃ EFV គឺ ប៉ះពាល់លើ ប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទកណ្តាល ។
- ផលប៉ះពាល់នេះកើតមាន ៣០-៥០% នៃអ្នកប្រើឱសថនេះ និងមានរោគសញ្ញាដូចជាវិលមុខឈឺក្បាល សំរាន្តមិនលក់ ធ្លាក់ទឹកចិត្ត មិនអាចផ្តោតអារម្មណ៍ រវើរវាយ សុបិន្តអាក្រក់ និងងងុយសំរាន្តហើយជាទូទៅ រោគសញ្ញាទាំងនេះអាចកើតមានឡើងក្រោយពេលប្រើ EFV បាន ២-៣ សប្តាហ៍។ តិចជាង២% នៃអ្នកប្រើឱសថនេះអាចកើតមានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ ដូចជាការធ្លាក់ទឹកចិត្តខ្លាំង មានបំណងចង់សំលាប់ខ្លួន វិកលចរិត និងវង្វេងវង្វាន់ ។ សញ្ញាទាំងនេះអាចកើតមានឡើងចំពោះអ្នកដែលមានប្រវត្តិជំងឺខួរក្បាលពីមុនមក ឬអ្នកប្រើឱសថមួយចំនួន។
- ប្រសិនបើមានរោគសញ្ញាតិចតួច EFV អាចប្រើបន្តបាន និងអោយលេបនៅពេលយប់ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់របស់វា។ ប្រសិនបើផលប៉ះពាល់មានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ ត្រូវឈប់ប្រើ EFV ជាអចិន្ត្រៃយ៍ ។
- ផលប៉ះពាល់ផ្សេងៗទៀត របស់ EFV គឺ ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក និង រលាកថ្លើម។
- EFV ក៏អាចបណ្តាលអោយទារកកើតមកមិនធម្មតា (Teratogenic) ដូចនេះមិនត្រូវប្រើឱសថនេះ ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទេ ជាពិសេស ក្នុងត្រីមាសដំបូង ។

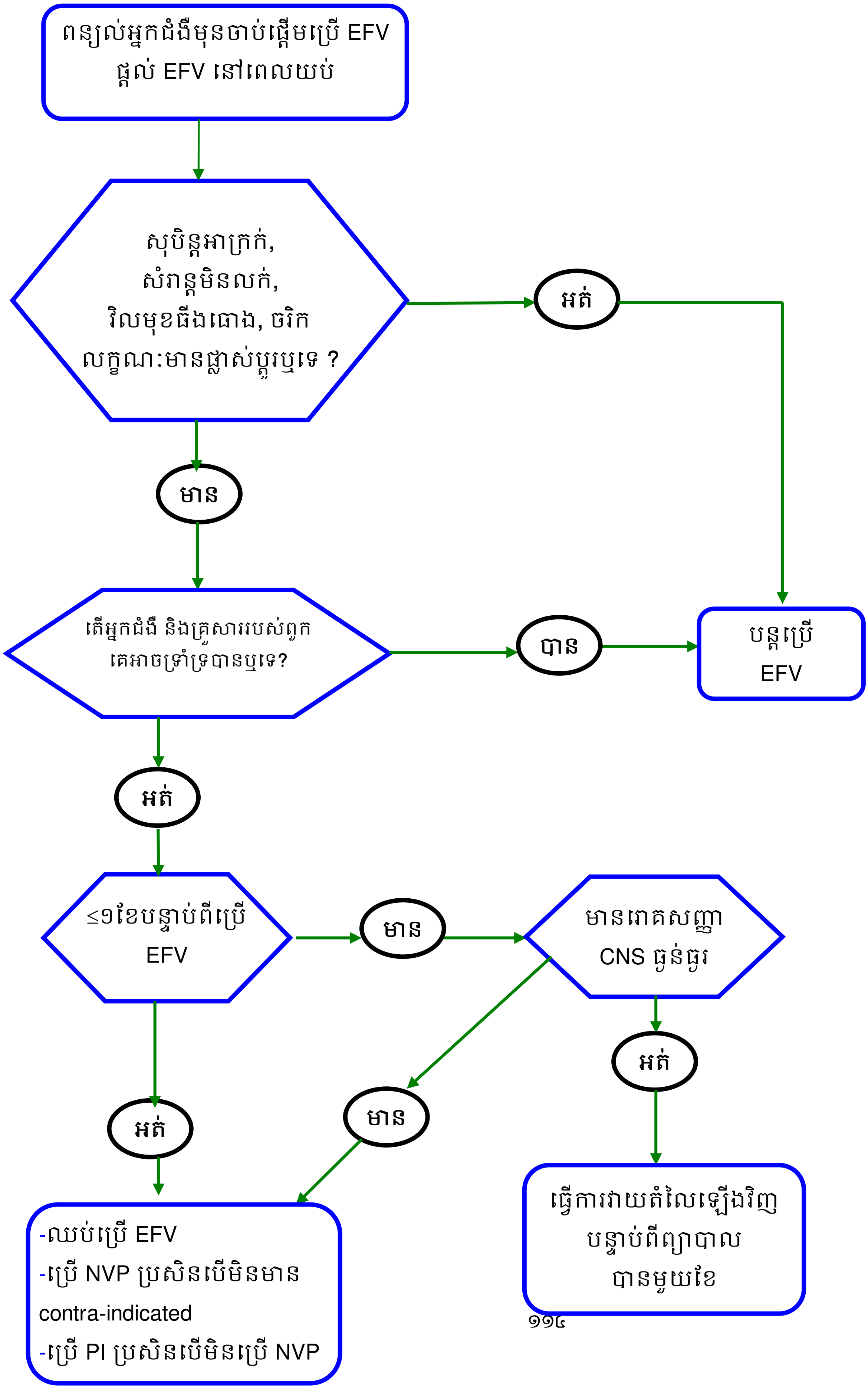
## រូបភាពទី៤: គំនូសបំព្រួញអំពីស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីការពុលឱសថក្រុម NRTIs

**ស្នាមកន្ទួលលើស្បែកបណ្តាលមកពីNVP:**




(a): ការប្រើ EFV សារជាថ្មី ត្រូវតាមដាន កុមារ ដោយយកចិត្តទុកដាក់

## រូបភាពទី៥: គំនូសបំព្រួញអំពីរោគសញ្ញាសរសៃប្រសាទកណ្តាលបណ្តាលមកពីការពុលឱសថ EFV



Protease Inhibitors (PIs)

## ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: លើមេតាបូលិក (Metabolic)

- គ្រប់ឱសថ PIs ទាំងអស់ អាចបណ្តាលអោយមានផលប៉ះពាល់លើ Metabolic របស់រាងកាយដែលរួមមាន ការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (Lipodystrophy) ភាពស៊ាំជាមួយ Insulin និងទឹកនោមផ្អែម និងលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Hyperlipidaemia) ។

## ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (Lipodystrophy)

- ចង្កោមរោគសញ្ញាទាំងនេះរួមមាន ការបាត់បង់ជាតិខ្លាញ់ក្រោមស្បែក (Peripheral lipo atrophy) ដែលកើតមានដោយការប្រើឱសថក្រុម NRTIs ជាពិសេស d4T និងការប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់នៅពោះ (ធាត់ "Central Obesity" ការប្រមូលផ្តុំជាតិខ្លាញ់នៅកញ្ចឹងក "Buffalo Hump៖ បូកក្របី " និង ឡើងដោះដែលកើតឡើងដោយការប្រើឱសថក្រុម PIs។ ផលវិបាកនៃការព្យាបាលដោយឱសថក្រុម PIs ជាញឹកញាប់ រួមផ្សំជាមួយ ផលវិបាកមេតាបូលិក ផ្សេងៗទៀត ។
- ការប្រែប្រួលនៃជាតិខ្លាញ់ (Lipodystrophy) កើតមានមួយភាគធំនៅលើអ្នកជំងឺដែលប្រើឱសថរួមគ្នារវាងក្រុម NRTIs និង PIs។ ជាទូទៅ កើតមានក្រោយពីការព្យាបាលបាន ១ ឬ ២ ឆ្នាំ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីការផ្លាស់ប្តូរឱសថនៅក្នុងការគ្រប់គ្រង lipodystrophy ពុំសូវបានលទ្ធផលអ្វីទេ ។ ការប្តូរពី PIs ទៅ Non-PIs មិនបានបង្ហាញផលចំណេញធំដុំឡើយ។ ការផ្លាស់ប្តូរ d4T ឬ AZT ទៅ ABC បានបង្ហាញថា មានការវិលត្រឡប់ទៅរកភាពដើមវិញយ៉ាងយឺតយ៉ាវនៃ Peripheral Lipoatrophy ។ ឱសថដែលកំពុងប្រើដើម្បីព្យាបាលវិបត្តិជាតិខ្លាញ់ គឺ ស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សានៅឡើយ ។

## ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ភាពស៊ាំជាមួយ Insulin និង ជំងឺទឹកនោមផ្អែម

- ភាពស៊ាំជាមួយ Insulin កើតមានរហូតដល់ ៤០% នៃអ្នកប្រើឱសថក្រុម PIs , លើសជាតិស្ករក្នុងឈាមមានពី ៣-១៧% និង ជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានរោគសញ្ញាគ្លីនិកមាន ១%។ ជាទូទៅ វាអាចចាប់ផ្តើមកើតមានឡើង ២ ឬ៣ខែក្រោយពេលព្យាបាល។
- រោគសញ្ញាកើតមានឡើង គឺជារោគសញ្ញាទឹកនោមផ្អែម ៖ ស្គាំង ស្រេកទឹក នោមច្រើន និង ហូបច្រើន ។
- PIs អាចប្រើបន្តជាមួយឱសថព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ។ ការសិក្សាកំពុងតែអនុវត្តជាបន្តហើយឱសថ Metformin ប្រហែលជាឱសថជួរមុខនៃការព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ បើមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងពិបាកគ្រប់គ្រង ត្រូវឈប់ប្រើ PIs ។ ការលើសជាតិស្ករក្នុងឈាមជា ធម្មតាបាត់ទៅវិញ បន្ទាប់ពីឈប់ប្រើឱសថ PIs ប៉ុន្តែមិនមែនគ្រប់ករណីទាំងអស់ទេ ។

### ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ការឡើងជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (Hyperlipidaemia)

- ឱសថក្រុម PIs ទាំងអស់អាចបណ្តាលអោយជាតិខ្លាញ់កើនឡើង (Triglycerides) និង Cholesterol ហើយRTV ធ្វើអោយកើនឡើងជាតិខ្លាញ់គួរអោយកត់សំគាល់ ទោះជាការកើនឡើងនៃជាតិខ្លាញ់បង្កើនអោយមានគ្រោះថ្នាក់នៃជំងឺបេះដូងគឺមិនទាន់ច្បាស់នៅឡើយ ។
- ត្រូវបានចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាមដោយប្រើឱសថៈ **ការកើនឡើង LDL Cholesterol** តែឯងត្រូវព្យាបាលដោយប្រើឱសថ Statin, ឱសថជាជំរើសគឺ Pravastatin ព្រោះថាឱសថនេះមិនសូវមានអន្តរកម្មជាមួយ PIs។ ចាប់ផ្តើមដោយកំរិតដូសទាបនិងតាមដានដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវការវិវត្តន៍ទៅរកជំងឺសាច់ដុំបេះដូង (Myopathy) ។ **ការកើនឡើង Triglycerides** តែឯងត្រូវព្យាបាលជាមួយ Fibrate ឧទាហរណ៍ Gemfibrozil ឬFenofibrate។ ការកើនឡើងនៃ LDL Cholesterol និង Triglycerides អាចព្យាបាលដោយប្រើ Statin ឬFibrate។ លទ្ធផលនៃសិក្សាបានបង្ហាញថា ការព្យាបាលនេះពុំមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការបន្ថយជាតិខ្លាញ់អោយទាបដល់កំរិតធម្មតាបាន ទាំង LDL Cholesterol ឬ Triglycerides ទេ។ ការព្យាបាលដោយបញ្ចូលរួមគ្នារវាង Statin និង Fibrate ប្រហែលជាមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ ប៉ុន្តែបង្កើនគ្រោះថ្នាក់ដល់ជំងឺសាច់ដុំបេះដូង។ ប្រសិនបើកើនឡើងជាតិខ្លាញ់ខ្លាំងគឺត្រូវផ្លាស់ប្តូរពី PIs ទៅឱសថក្រុមផ្សេង ប៉ុន្តែទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏ការប្រែប្រួលជាតិខ្លាញ់មិនធម្មតាអាចស្ថិតនៅជាប់ជាប្រចាំដែរ។

### ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ជំងឺរលាកថ្លើម (Hepatitis)

- ឱសថក្រុម PIs ជាពិសេស RTV អាចបណ្តាលអោយកើនឡើង Enzyme ថ្លើម និងមានសញ្ញាគ្លីនិកនៃការរលាកថ្លើម នៅពេលណាមួយក្នុងកំឡុងពេលព្យាលប្រើឱសថ PIs ក៏ប៉ុន្តែយន្តការរបស់វានៅមិនទាន់បានដឹងច្បាស់នៅឡើយទេ។
- កត្តាគ្រោះថ្នាក់រួមមាន ការកើនឡើងនៃលទ្ធផលតេស្តមុខងារថ្លើមនៅមុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាល, អ្នកផឹកសុរាច្រើន, រលាកថ្លើមប្រភេទ B និង/ឬ C និង ការប្រើឱសថដែលបណ្តាលឱ្យពុលថ្លើម ដូចជា d4T។
- ការកើនឡើងតិចតួចនៃ Enzyme ថ្លើមអាចនឹងកើតមានឡើងហើយអាចបន្តប្រើ PIs បាន។ ក្នុងករណីដែលកើនឡើងខ្លាំង ឬ មានរោគសញ្ញាគ្លីនិកជំងឺរលាកថ្លើមត្រូវឈប់ប្រើ PIs ជាអចិន្ត្រៃយ៍។

### ចំណាត់ថ្នាក់ផលប៉ះពាល់: ការប្រែប្រួលនៃឆ្អឹង (bone disorders)

- របមន្តព្យាបាល (Regimens) ដែលមានឱសថក្រុម PIs ហាក់បីដូចជាមានការកើនឡើងនូវគ្រោះថ្នាក់ដល់ឆ្អឹង ដូចជា Osteopenia ពុកឆ្អឹង (Osteoporosis) និង រលួយឆ្អឹដោយមិនមានឈាមទៅចិញ្ចឹម (Avascular Necrosis)។

Lopinivir/ritonavir (LPV/r)

ផលប៉ះពាល់ដ៏ចំបងដែលកើតឡើងដោយសារការប្រើឱសថនេះរួមគ្នា អាចបណ្តាលមកពី RTV ដូចជា រាគរូស និង លើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ។ រលាកលំពែងក៏អាចកើតមានឡើងដែរ ហើយច្រើនកើតក្រោយពីមានការកើនឡើងជាតិស្ករនៅក្នុងឈាម (Hypertriglyceride) ហើយរោគស្ពឹក (Paraethesia) ក៏អាចកើតមានដែរ ។

## ឧបសម្ព័ន្ធទី៣: អន្តរកម្មសំខាន់ៗនៃឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ (Important ARV drug interactions)

មានអន្តរកម្ម (interactions) ជាច្រើនកើតមានឡើង រវាងឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ និងឱសថក្រុមដទៃទៀត។ តារាងទី២១ សង្ខេបពីអន្តរកម្មរបស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍សំខាន់ៗ ប៉ុន្តែនៅមានអន្តរកម្ម (Interactions) ជាច្រើនទៀត ដូចនេះ ត្រូវពិនិត្យមើលឯកសារយោងមុនពេលចេញវេជ្ជបញ្ជាអោយប្រើឱសថថ្មីនៅគេហទំព័រhttp://www.hiv-druginteractions.org ដែលជាប្រភពមួយដ៏ល្អក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានទាំងនេះ ។

### តារាងទី ២១: អន្តរកម្មសំខាន់ៗរបស់ឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ NVP, EFV, និងLPV/r

| ឱសថដែលមានអន្តរកម្ម | NVP | EFV | LPV/r |
|---|---|---|---|
| Ketoconazole | X | +/- | |
| Itraconazole | អាចមានប៉ះពាល់ដល់កំហាប់ក្នុងឈាមទាំងឱសថ NVP និង Itracona zole ។ ត្រូវកំរិតដូសឱសថទាំងពីរនេះ។ | | ថយចុះមេតាបូលីសធ្វើអោយកំហាប់ Ketoconazole កើនឡើង ។ ត្រូវប្រើ Ketoconazole ដោយប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលកំរិតដូស >២០០ មក្រ/ថ្ងៃ។ |
| Fluconazole | អាចបណ្តាលអោយកើនឡើងកំរិត NVP | | គ្មានបញ្ហា |
| Rifampicin | អាចបណ្តាលអោយកើនឡើងកំរិត NVP ខ្លាំង ដោយសារកើនឡើងនូវមេតាបូលីស | អាចតំឡើង EFV ដល់ ៨០០ មក្រ ក្នុងមួយថ្ងៃ | មេតាបូលីសកើនខ្លាំង និងថយចុះកំរិត PI ខ្លាំង |
| Clarithromycin | អាចបណ្តាយអោយថយចុះកំរិត clarithromycin | អាចបណ្តាយអោយថយចុះកំរិត clarithromycin | ត្រូវបន្ថយកំរិតដូស clarithromycin បើខ្សោយតំរងនោម |
| Oral contraceptive[1] | X | X | X |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Methadone | បន្ថយកំហាប់ Methadone ដូច្នេះត្រូវបង្កើនកំរិតដូស Methadone | បន្ថយកំហាប់ Methadone ដូច្នេះត្រូវបង្កើនកំរិតដូស Methadone | បន្ថយកំហាប់ Methadone ដូច្នេះត្រូវបង្កើនកំរិតដូស Methadone |
| Statins[2] | +/- | +/- | X |
| SSRI Antidepressants | +/- | +/- | អាចបណ្តាលអោយកើនឡើងកំរិត SSRI ចាប់ផ្តើមដោយកំរិតដូសទាប។ |
| Anti-epileptic drugs[3] | X | X | X |
| Benzodiazepines[4] | X | X | X |
| ជំពូកឱសថដទៃទៀតដែលមិនត្រូវប្រើជាមួយគ្នា | បន្ថែមខ្ទឹមស | Astemizole<br>Terfenadine<br>Cisapride<br>Midazolam<br>Triazolam<br>Ergotamine<br>Dihydro-ergotamine<br>Garlic supplements | Astemizole<br>Terfenadine<br>Cisapride<br>Midazolam<br>Ergotamine<br>Dihydro-ergotamine<br>Garlic supplements<br>Flecanide<br>Pimozide Garlic |
| ផ្សេងៗ | អាចបន្ថយកំរិត Steroid អោយទាប | តាមដាន Wafarin ប្រសិនបើប្រើជាមួយគ្នា | |

១ ត្រូវប្រើមធ្យោយបាយពន្យាកំណើតផ្សេងទៀត: Medroxyprogesterone Depot ជាទូទៅអាចមានប្រសិទ្ធិភាព ប៉ុន្តែត្រូវប្រើដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

២ Pravastatin ឬ Fluvastatin អាចប្រើក្នុងកំរិតដូសធម្មតា ហើយមិនត្រូវប្រើ Simvastatin ទាល់តែសោះ ។

៣ កំរិតCarbamazepine កើនឡើងហើយកំរិត Phenytoin ថយចុះ។ Valproate ជាឱសថជំរើសនៅក្នុងស្ថានភាពនេះ ។

៤ Diazepam និង Midazolam កើនឡើងយ៉ាងខ្លាំង អាចបណ្តាលអោយមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ដោយលើសជាតិសណ្តំ (Over-Sedation). ត្រូវប្រើ Lorazepam បើអាចមានលទ្ធភាព ។

## ឧបសម្ព័ន្ធទី៩: យុទ្ធសាស្ត្រនៃការធ្វើតេស្ត Viral Load (Viral Load Testing Strategy)

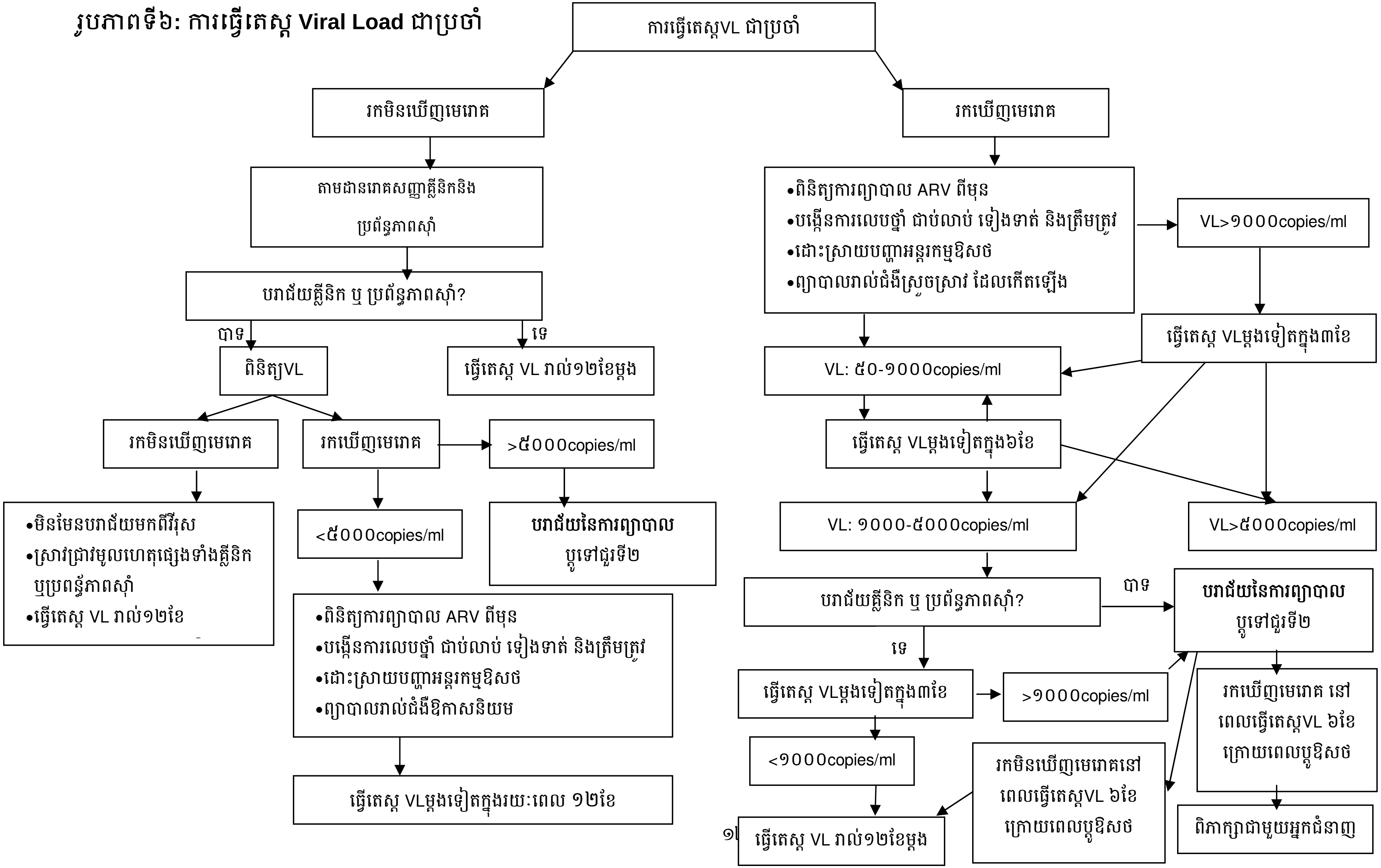
ក្នុងកាលៈទេសៈមួយចំនួន, អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរពី copies/មល ទៅជា log scale ដើម្បីដោះស្រាយនូវភាពបរាជ័យនៃការព្យាបាល។

**តារាងទី ២២: ការផ្លាស់ប្តូរពី Viral copies/មល ទៅ log**

| Copies/ml | Log |
|---|---|
| ៤០០ | ២,៦ |
| ១,០០០ | ៣,០ |
| ១០,០០០ | ៤,០ |
| ២០,០០០ | ៤,៣ |
| ៣០,០០០ | ៤,៥ |
| ៥០,០០០ | ៤,៧ |
| ១០០,០០០ | ៥,០ |

មានការប្រែប្រួលយ៉ាងខ្លាំង រវាងរង្វាស់តេស្ត Viral Load ទាំងពីរនេះ លើអ្នកជំងឺតែម្នាក់ ដោយកំណត់ថា មានភាពខុសគ្នា ៣ ដង (+/-0.5 Log) ដូចក្នុងគំនូសបំព្រួញទី៦ខាងក្រោម ។

រូបភាពទី៦: ការធ្វើតេស្ត Viral Load ជាប្រចាំ



## ឧបសម្ព័ន្ធទី៥: ការដាក់ពិន្ទុទៅតាមកំរិតកាណូហ្វស្គី (Karnofsky Performance Scale)

**តារាងទី ២៣: Karnofsky Performance Scale**

| កំរិតមុខងារ | ពិន្ទុ | អធិប្បាយ |
|---|---|---|
| មានលទ្ធភាពធ្វើការងារធម្មតា មិនចាំបាច់អោយមានការថែទាំពិសេសទេ | ១០០ | ធម្មតា មិនមានការត្អូញត្អែរ មិនមានជំងឺណាមួយកើតឡើង |
| | ៩០ | មានលទ្ធភាពអនុវត្តសកម្មភាពធម្មតា មានរោគសញ្ញាជំងឺតិចតួច |
| | ៨០ | អាចធ្វើសកម្មភាពធម្មតាបានដោយខំប្រឹង មានរោគសញ្ញាជំងឺមួយចំនួន |
| មិនមានលទ្ធភាពធ្វើការងារអាចស្នាក់នៅផ្ទះ និងថែរក្សាខ្លួន មានការប្រែប្រួលតំរូវ អោយមានជំនួយបន្ថែម | ៧០ | ថែរក្សាខ្លួនឯងបាន, មិនមានលទ្ធភាពអនុវត្តសកម្មភាពធម្មតា ឬ ធ្វើការងារបាន |
| | ៦០ | តំរូវការអោយមានជំនួយខ្លះៗពីអ្នកដទៃ ប៉ុន្តែមានលទ្ធភាពថែរក្សានូវតំរូវការផ្ទាល់ខ្លួនមួយចំនួនធំ |
| | ៥០ | តំរូវការអោយមានជំនួយច្រើនពីអ្នកដទៃ និងការថែទាំវេជ្ជសាស្រ្តញឹកញាប់ |
| មិនមានលទ្ធភាពថែរក្សាខ្លួនឯង តំរូវអោយមានការថែរក្សាពីស្ថាប័ន ឬមន្ទីរពេទ្យ, ជំងឺនឹងវិវត្តន៍ទៅមុខយ៉ាងឆាប់បំផុត | ៤០ | គ្មានសមត្ថភាព តំរូវការថែរក្សាពិសេស និងជំនួយពីអ្នកដទៃ |
| | ៣០ | គ្មានសមត្ថភាពទាំងស្រុង តំរូវការអោយសំរាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាមិនទាន់ស្លាប់ក៏ដោយ |
| | ២០ | ឈឺធ្ងន់ សំរាកនៅមន្ទីរពេទ្យជាការចំបាច់ និងការព្យាបាលតាមរោគសញ្ញាជាការចាំបាច់ |
| | ១០ | សេចក្តីស្លាប់ជិតមកដល់ និងវិវត្តទៅរកសេចក្តីស្លាប់យ៉ាងឆាប់ |
| | 0 | ស្លាប់ |

# ឧបសម្ព័ន្ធទី៦: ការព្យាបាលបង្ការដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

## តារាងទី២៩: រូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងនឹងមេរោគអេដស៍ចំពោះម្តាយផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងកូនរបស់គាត់

<table>
<tr><th>ពេលវេលានៃការព្យាបាល</th><th>ពិនិត្យសុខភាពម្តាយមុនសំរាល</th><th>ពេលកំពុងសំរាល</th><th colspan="2">ក្រោយពេលសំរាល</th></tr>
<tr><td rowspan="2">ចំពោះម្តាយកំពុងព្យាបាល<br>ART ហើយមាន<br>CD4 ≤ ៣៥០/មម$^{៣}$</td><td rowspan="2">ចំពោះម្តាយ:<br>ទោះជាប្រើ AZT[2] + 3TC + NVP[3]<br>ឬប្រើ AZT + 3TC + EFV[4]<br>ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ ARV ភ្លាមដោយមិនគិតពីអាយុនៃគិភ</td><td rowspan="2">ចំពោះម្តាយ:<br>ទោះជាប្រើ AZT + 3TC + NVP<br>ឬប្រើ AZT + 3TC + EFV</td><td colspan="2">ចំពោះម្តាយ:<br>បន្ត ART មួយជីវិតសំរាប់គាំទ្រសុខភាពគាត់</td></tr>
<tr><td colspan="2">កូន: ប្រើ NVP រាល់ថ្ងៃរយ:ពេល៦សប្តាហ៍ (ដោយមិនគិតពីរបៀបចិញ្ចឹមកូន) ដោយចាប់ផ្តើមភ្លាម ក្រោយពេលកើតក្នុងកំឡុងពេល៦-១២ ម៉ោង។<br>កំរិតដូស: ទំងន់ពេលកើត ≥ ២៥០០ក្រ ១៥មក្រ[5] oral suspension មួយថ្ងៃមួយដង<br>ទំងន់ពេលកើត < ២៥០០ក្រ ១០មក្រ[18] oral suspension មួយថ្ងៃមួយដង</td></tr>
<tr><td>ចំពោះម្តាយកំពុងទទួលព្យាបាលបង្ការដោយ ARV ដោយឱសថបីមុខរួមគ្នា ហើយមាន<br>CD4 > ៣៥០/មម$^{៣}$</td><td>ចំពោះម្តាយ:<br>AZT[15] + 3TC + EFV[17]<br>ចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការដោយ ARV ភ្លាមនៅសប្តាហ៍ទី១៤នៃគិភ</td><td>ចំពោះម្តាយ:<br>AZT + 3TC + EFV</td><td>ចំពោះម្តាយដែលបំបៅកូនដោយទឹកដោះ៖<br>បន្តប្រើ AZT + 3TC + EFV[6] រហូតដល់១សប្តាហ៍ក្រោយពេលឈប់អោយកូនបៅដោះ ឈប់ប្រើ EFV ពេលឈប់អោយកូនបៅដោះ បន្ទាប់មកឈប់ប្រើ AZT + 3TC ១សប្តាហ៍ក្រោយ [7]</td><td>ចំពោះម្តាយដែលមិនបំបៅកូនដោះទឹកដោះ៖<br>ឈប់ព្យាបាលបង្ការដោយ ARV :<br>ឈប់ប្រើ EFV ក្រោយពេលសំរាល បន្ទាប់មកឈប់ប្រើ AZT + 3TC ១ សប្តាហ៍ក្រោយ [20]</td></tr>
</table>

[2] បើម្តាយមានភាពស្លេកស្លាំង (Hb ≤ ៧ក្រ/dl) ហាមប្រើ AZT ត្រូវប្រើ d4T ជំនួសវិញ (ឬប្រើ TDF + 3TC + EFV) និងត្រូវធានាថាភាពស្លេកស្លាំងត្រូវបានព្យាបាល។

[3] ជាសំខាន់មិនត្រូវចាប់ផ្តើមប្រើ NVPចំពោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានចំនួនកោសិកា CD4 ខ្ពស់ > ៣៥០ កោសិកា /មម$^{៣}$ ដែលអាចបណ្តាយអោយកើនឡើងនូវការប្រឈមមុខនឹងពុលថ្លើមខ្ពស់។

[4] ហាមប្រើ EFVនៅត្រីមាសទី១នៃគ៌ភហើយត្រូវប្រើ NVPជំនួសវិញ (អាចបណ្តាលអោយមានការប្រឈមមុខនឹងកូនកើតមកមិនធម្មតា teratogenicity បើប្រើ EFVនៅត្រីមាសទី១នៃគ៌ភ។

[5] ១៥មក្រ Nevirapine suspension = ១.៥មល, ១០មក្រ = ១.០ មល

[6] ស្ត្រីត្រូវទទួលការផ្តល់ប្រឹក្សាដោយយកចិត្តទុកដាក់អំពីការប្រើមធ្យោបាយពន្យាកំណើតដោយប្រសិទ្ធិភាព ដើម្បីចៀសវាងការបង្កកំណើតនៅពេលប្រើ EFVក្រោយពេលសំរាលកូនរួច។

[7] កាត់បន្ថយការបង្ករជាភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ EFV ដោយស្ថិតនៅក្នុងឈាមយូរ។

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | **កូន:** ប្រើ NVP រាល់ថ្ងៃរយៈពេល៦សប្តាហ៍ (ដោយមិនគិតពីរបៀបចិញ្ចឹមកូន) ដោយចាប់ផ្តើមភ្លាមក្រោយពេលកើត ក្នុងកំឡុងពេល៦-១២ ម៉ោង។<br>**កំរិតដូស:** ទំងន់ពេលកើត ≥២៥០០ក្រ ១៥ មក្រ oral suspension មួយថ្ងៃមួយដង<br>ទំងន់ពេលកើត < ២៥០០ក្រ ១០ មក្រ oral suspension មួយថ្ងៃមួយដង |
| **កំរិតដូស ARV ចំពោះម្តាយ** | | | |
| **AZT+3TC + NVP** | ៣០០មក្រ /១៥០មក្រ/២០០មក្រ (លេប១គ្រាប់ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ) | | |
| **AZT + 3TC + EFV** | **AZT + 3TC:** ៣០០មក្រ /១៥០មក្រ (លេប១គ្រាប់ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ)<br>**EFV:** ៦០០មក្រ (លេប១គ្រាប់១ដងក្នុង១ថ្ងៃ) | | |

## តារាងទី២៥: ការប្រើឱសថARV សំរាប់ស្ត្រីដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ HIV នៅពេលកំពុងសំរាល ឬ ក្រោយពេលសំរាលភ្លាមៗ

| ពេលវេលានៃការព្យាបាល | ពិនិត្យសុខភាពម្តាយមុនពេលសំរាល | ពេលកំពុងសំរាល | ក្រោយពេលសំរាល |
|---|---|---|---|
| ម្តាយដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកHIV នៅពេលឈឺពោះសំរាលឬម្តាយទទួលការព្យាបាលបង្ការដោយARV កំពុងមានផ្ទៃពោះ | | ចំពោះម្តាយ:<br>ប្រើតែមួយកំរិតដូស NVP ២០០មក្រ ប្រើភ្លាមៗនៅពេលឈឺពោះសំរាលកូន និងប្រើ AZT + 3TC ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ | ចំពោះម្តាយ:<br>បន្តប្រើ AZT + 3TC ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ[8] រយៈពេល៧ថ្ងៃក្រោយពេលកើត<br>ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ក្រុម OI/ART អំពីម្តាយដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងត្រូវបូមឈាមធ្វើតេស្ត CD4[9] មុននឹងម្តាយនោះត្រូវចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។រៀបចំការណាត់ជួបសំរាប់ម្តាយជាមួយក្រុម OI/ART នៅ៦សប្តាហ៍ក្រោយពេលសំរាលកូន។<br>**កូន:** **ផ្តល់ការព្យាបាលដោយ NVP រាល់ថ្ងៃយ៉ាងតិច៦សប្តាហ៍[10]**<br>ចាប់ផ្តើមព្យាបាលអោយបានឆាប់ក្រោយពេលកើតក្នុងកំឡុងពេល៦ទៅ១២ម៉ោង<br>**កំរិតដូស:** ទំងន់ពេលកើត ≥ ២៥០០ក្រ ១៥មក្រ oral suspension ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ<br>ទំងន់ពេលកើត < ២៥០០មក្រ ១០មក្រ oral suspension ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ |
| ម្តាយដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកHIV | | | ចំពោះម្តាយ:<br>ផ្តល់ព័ត៌មានដល់ក្រុម OI/ART អំពីម្តាយដែលទើបតែបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាផ្ទុកមេរោគអេដស៍និងត្រូវបូមឈាមធ្វើតេស្ត CD4 [22] មុននឹងម្តាយនោះត្រូវចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។រៀបចំការណាត់ជួបសំរាប់ម្តាយជាមួយក្រុម OI/ART នៅ៦សប្តាហ៍ក្រោយពេលសំរាលកូន។ |

8 កាត់បន្ថយការបង្ករជាភាពស៊ាំជាមួយនឹងឱសថ NVP

9 បើ **CD4 ≤ ៣៥០ កោសិកា/មម³** ម្តាយត្រូវការព្យាបាលមួយជីវិតដោយ ARTក្រុមថែទាំតាមផ្ទះត្រូវធានាថាម្តាយបានមកទទួលសេវា OI/ART អោយបានឆាប់ដើម្បីចាប់ផ្តើម ART។ បើ **៣៥០ កោសិកា/មម³**,ត្រូវបន្តផ្តល់ NVP ដល់កុមារជារៀងរាល់ថ្ងៃរហូតដល់១សប្តាហ៍ក្រោយពីបញ្ឈប់ការបំបៅដោះកូន។

10 បើម្តាយបំបៅកូនដោយទឹកដោះត្រូវបន្តការព្យាបាលបង្ការដល់កូនរហូតដល់១សប្តាហ៍ក្រោយពីបញ្ឈប់ការបំបៅដោះកូន។បើម្តាយមិនបំបៅកូនដោយទឹកដោះទេការព្យាបាលបង្ការអាចបញ្ឈប់នៅ៦សប្តាហ៍ក្រោយពីសំរាល។

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ក្រោយពេលសំរាលភ្លាមៗ** | | | **កូន:** **ផ្តល់ការព្យាបាលដោយNVP រាល់ថ្ងៃយ៉ាងតិច៦សប្តាហ៍**[23]<br>ចាប់ផ្តើមព្យាបាលអោយបានឆាប់ក្រោយពេលកើតក្នុងកំឡុងពេល៦ទៅ១២ម៉ោង។<br>**កំរិតដូស:** ទំងន់ពេលកើត ≥ ២៥០០ក្រ ១៥មក្រ oral suspension ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ<br>ទំងន់ពេលកើត < ២៥០០ក្រ ១០មក្រ oral suspension ម្តងក្នុង១ថ្ងៃ |

| **កំរិតដូស ARV ចំពោះម្តាយ** | |
|---|---|
| **NVP** | ២០០មក្រ, លេបតែ១កំរិតដូសទេ |
| **AZT + 3TC** | ៣០០មក្រ/១៥០មក្រ<br>(លេប១គ្រាប់ពីរដងក្នុង១ថ្ងៃ) |

## ឯកសារយោង

Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents. Recommendations for a public health approach. WHO, 2010 Revision

Policy, Strategy and Guidelines for HIV Counseling and Testing, MoH, 2007

National Guidelines for Management of Occupational Exposure of Health Care Workers To HIV/AIDS. First Edition, 2006

National Guidelines for Prevention of Opportunistic Infections, 2003

National Guidelines for the use of Pediatric Antiretroviral Therapy, 2010

Joint Statement of the National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS) And the National Center for Tuberculosis and Leprosy Control (CENAT) on the implementation of intensified TB case finding, Isoniazide preventive therapy and infection control in HIV continuum of care settings ( 'Three 1's Strategy), 2010

Standard Operating Procedure (SOP) for Implementing the Three I's in Continuum of Care (CoC) Settings, 2010

Continuum of Care for People Living With HIV/AIDS Operational Framework in Cambodia, 2003